

IMPLANT FOR TREATMENT OF THE INSUFFICIENCY OF A CARDIAC VALVE

Publication number: DE10161543 (A1)

Publication date: 2003-06-26

Inventor(s): REITAN OEVIND [SE]

Applicant(s): REITAN OEVIND [SE]

Classification:

- **international:** A61F2/24; A61F2/24; (IPC1-7): A61F2/24

- **European:** A61F2/24R

Application number: DE20011061543 20011211

Priority number(s): DE20011061543 20011211

Also published as:

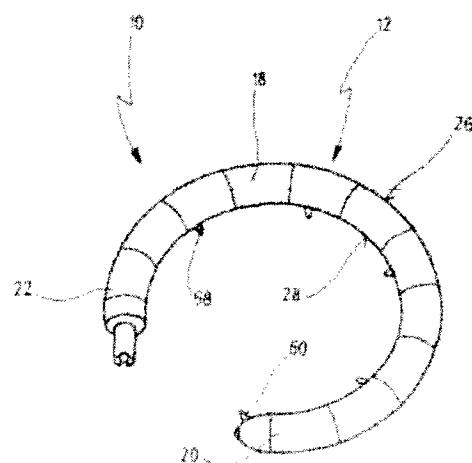
- DE10161543 (B4)
- WO03049647 (A1)
- US2004267358 (A1)
- JP2005511202 (T)
- EP1453441 (A1)

Cited documents:

- DE68904887T (T2)
- US6187040 (B1)
- WO0100111 (A1)

Abstract of DE 10161543 (A1)

The invention relates to an implant (10) for treatment of the insufficiency of a cardiac valve, in particular the mitral valve, comprising a long body (12), which may be transformed from a first, essentially extended and flexible state into a second state with reduced bending radius. The implant (10) further comprises a flexible tensioning element (36), running longitudinally along the body (12), for transforming the body from the first state to the second state. The body (12) is embodied from a number of members (18, 20, 22) serially arranged in a chain, which, in the first state may move relative to each other.; In the second state the tensioning element (36) tensions the members (18, 20, 22) of the body (12) together, to give an arch, whereby the members (18, 20, 22) are essentially immobile relative to each other and which form an essentially planar through support surface on an inner radius side (28) of the arch.



Data supplied from the **esp@cenet** database — Worldwide



(19) Bundesrepublik Deutschland
Deutsches Patent- und Markenamt

(10) DE 101 61 543 B4 2004.02.19

(12)

Patentschrift

(21) Aktenzeichen: 101 61 543.4

(51) Int Cl.?: **A61F 2/24**

(22) Anmeldetaq: 11.12.200

(43) Offenlegungstag: 26.06.2003

(45) Veröffentlichungstag

der Patenterteilung: 19.02.2004

Innerhalb von 3 Monaten nach Veröffentlichung der Erteilung kann Einspruch erhoben werden.

(71) Patentinhaber: Reitan, Öyvind, Lund, SE	(56) Für die Beurteilung der Patentfähigkeit in Betracht gezogene Druckschriften: DE 689 04 887 T2 US 61 87 040 B1 WO 01 00 111 A1
(74) Vertreter: Witte, Weller & Partner, 70178 Stuttgart	
(72) Erfinder: gleich Patentinhaber	

(54) Bezeichnung: Implantat zur Behandlung einer Insuffizienz einer Herzklappe

(57) Hauptanspruch: Implantat zur Behandlung einer Insuffizienz einer Herzklappe, insbesondere der Mitralklappe (70), mit einem länglichen Körper (12), der aus einem ersten im wesentlichen langerstrecken und im wesentlichen flexiblen Zustand in einen zweiten Zustand mit verringertem Biegeradius überführbar ist, und mit einem sich längs des Körpers (12) erstreckenden flexiblen Spannlement (36) zum Überführen des Körpers (12) vom ersten in den zweiten Zustand, dadurch gekennzeichnet, dass der Körper (12) aus einer Mehrzahl von zu einer Kette aneinander gereihten Gliedern (18, 20, 22) gebildet ist, die im ersten Zustand relativ zueinander beweglich sind, und dass das Spannlement (36) im zweiten Zustand des Körpers (12) die Glieder (18, 20, 22) untereinander zu einem Bogen verspannt, wobei die Glieder (18, 20, 22) im zweiten Zustand relativ zueinander im wesentlichen unbeweglich sind und auf einer Innenradiusseite (28) des Bogens eine im wesentlichen durchgehende flächige Stützfläche bilden.

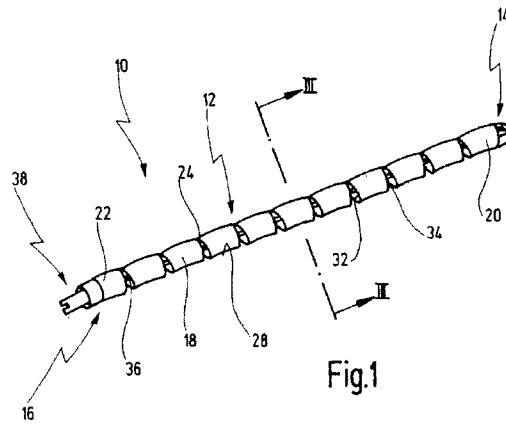


Fig.1

Beschreibung

[0001] Die Erfindung betrifft ein Implantat zur Behandlung einer Insuffizienz einer Herzklappe, insbesondere der Mitralklappe, mit einem länglichen Körper, der aus einem ersten im wesentlichen langerstreckten und im wesentlichen flexiblen Zustand in einen zweiten Zustand mit verringertem Biegeradius überführbar ist, und mit einem sich längs des Körpers erstreckenden flexiblen Spannelement zum Überführen des Körpers vom ersten in den zweiten Zustand.

[0002] Ein derartiges Implantat ist aus der WO 01/00111 A1 bekannt.

[0003] Herz- und Gefäßerkrankungen stellen einen großen Teil der Mortalität in der westlichen Welt dar.

[0004] Neben Herzinfarkten kann Herzversagen auch andere Ursachen haben, und kann bspw. als Folge von hohem Blutdruck über längere Zeit vorkommen oder kann als Folge von metabolischen oder erblichen Krankheiten verursacht werden.

[0005] Zu den Herzerkrankungen, die zu einem Herzversagen führen können, gehören auch Insuffizienzen der Herzklappen, insbesondere der Mitralklappe.

[0006] Das Herz besteht aus zwei Hälften, die rechte Herzhälfte und die linke Herzhälfte. Beide Herzhälften bestehen jeweils aus einem Vorhof und einer Kammer. Die Kammern sind die eigentlichen Herzpumpen, während die Vorhöfe einen Füllungsmechanismus für die Kammern darstellen. Die rechte Kammer pumpt das Blut durch den kleinen Kreislauf, d.h. durch die Lunge für den Gasaustausch, während die linke Kammer das Blut durch den gesamten Körper pumpt.

[0007] Eine Erweiterung (Dilatation) des Herzens ist oft ein Anzeichen für ein sich akut oder langsam entwickelndes Versagen der linken Kammer. Die Dilatation, die allmählich auftritt, wird als eine Kompensation betrachtet, um mehr Kraft zu gewinnen und stellt eine besondere Eigenschaft des Herzens dar. Diese Erweiterung ist nicht nur auf die linke Kammer begrenzt, sondern führt auch häufig zu einer Erweiterung des Rings zwischen dem linken Vorhof und der linken Kammer. An diesem Ring ist die Mitralklappe befestigt. Die Mitralklappe ist ein Herzkappenventil, das sich zwischen dem linken Vorhof und der linken Kammer befindet. Diese Herzklappe besteht aus zwei Segeln, einem vorderen Segel und einem hinteren Segel, die verhindern, daß Blut von der Kammer in den Vorhof zurück fließt.

[0008] Die Segel sind für einen gewissen Ringdurchmesser ausgelegt. Wenn sich der Ring vergrößert, reicht die Größe der Segel nicht mehr aus, um ein dichtes Schließen des Kappenventils zu gewährleisten, und es entsteht eine Leckage zwischen den beiden Segeln, wobei das Blut bei jeder Pumpbewegung rückwärts entweicht, was zu einem Herzversagen führen kann. In den meisten Fällen ist es überwiegend das hintere Segel, das für die Leckage verantwortlich ist, da das vordere Segel eine bessere

Verankerung durch das weiche Skelett des Herzens besitzt.

[0009] Bei der chirurgischen Behandlung der Dilatation des Mitralklappenringes kommt eine Verkürzung des Ringes in Frage, so daß sich die Segel wieder an die Originalgröße anpassen und somit die Mitralklappe wieder dicht schließt. Um den Ring zu verkleinern, wird häufig eine Mitralklappenplastik, bspw. ein Metallring, in den Mitralklappenring einoperiert. Ein solcher Eingriff kann jedoch nur über eine offene Chirurgie vorgenommen werden, was eine erhebliche Belastung des Patienten darstellt. Patienten, die durch ein Herzversagen schon beeinträchtigt sind, können jedoch oft nicht operiert werden, da die Mortalität bei diesen Operationen zu hoch ist. Für diese Patienten bleibt dann nur eine medikamentöse Behandlung, die jedoch häufig unzureichend ist.

[0010] Es besteht daher ein Bedarf an neuen Behandlungsformen, die für die Patienten weniger belastend sind, und bei denen die Mortalität wesentlich verringert ist. Mit anderen Worten besteht ein erhöhter Bedarf zur Behandlung einer Insuffizienz einer Herzklappe auf minimal-invasivem Weg.

Stand der Technik

[0011] Aus der eingangs genannten WO 01/00111 A1 ist ein Implantat zur Behandlung einer Insuffizienz der Mitralklappe auf minimalinvasivem Wege bekannt. Dabei macht man sich zu Nutze, daß die Hauptvene des Herzens, der Sinus Coronarius, in der hinteren Furche zwischen dem linken Vorhof und der linken Kammer verläuft. Genau diesem Verlauf des Sinus Coronarius folgt die hintere Krümmung des Mitralklappenrings in unmittelbarer Nachbarschaft zur Vene. Die Befestigung des hinteren Segels der Mitralklappe befindet sich entlang dem Sinus Coronarius und umfaßt ungefähr den halben Ringumfang. Durch ein in den Sinus Coronarius auf intravaskulärem und somit minimal-invasivem Wege einführbares Implantat ist es somit möglich, den hinteren Bogen des Ringes im Umfang zu verkürzen oder den Ring zu versteifen bzw. zu stabilisieren.

[0012] In der WO 01/00111 A1 sind dazu Implantate in verschiedenen Ausführungsformen beschrieben.

[0013] Eine erste Art des bekannten Implantates weist einen Körper auf, der als Gefäßstent ausgebildet ist, der in den Sinus Coronarius implantiert wird. Der Gefäßstent weist einen Durchmesser auf, der dem Durchmesser des Sinus Coronarius entspricht. Der Gefäßstent ist aus einem Drahtgeflecht ausgebildet. Nach dem Einführen des Gefäßstents in den Sinus Coronarius nimmt dieser aufgrund eines temperaturabhängigen Formgedächtnisses des für die Drähte verwendeten Materials einen Zustand mit einem verringerten Biegeradius ein. An der Ausgestaltung des Implantats als Gefäßstent ist jedoch nachteilig, daß ein in den Sinus Coronarius implantiert Stent zu Gerinnung und Thrombosen führen kann und somit die Durchblutung des Herzmuskels verrin-

gern kann. Des weiteren können die Drähte des Gefäßstents, die an der Gefäßwand des Sinus Coronarius anliegen, zu Wanddurchbrüchen führen. Dadurch, daß die Radiusverringerung nur auf dem Formgedächtnis der verwendeten Drähte beruht, ist auch die Stabilisierungswirkung des bekannten Implantats zur Stabilisierung des Rings der Mitralklappe unter Umständen nicht ausreichend. Darüber hinaus kann der Übergang des Körpers von dem im wesentlichen langerstreckten Zustand in den zweiten Zustand mit geringerem Biegeradius, der nur auf den Materialeigenschaften der Drähte beruht, nicht hinreichend kontrolliert werden.

[0014] Eine zweite Art des bekannten Implantats besteht einfach aus einem Draht, der in den Sinus Coronarius eingeführt wird. Bei diesem Draht erfolgt der Übergang von dem ersten im wesentlichen langerstreckten Zustand in den zweiten Zustand mit verringertem Biegeradius ebenfalls aufgrund eines Formgedächtnisses des verwendeten Drahtmaterials, woraus wiederum die zuvor erwähnten Nachteile resultieren. Da der Übergang des Drahtes vom ersten in den zweiten Zustand auch temperaturbedingt ist, kann sich der Draht beim Einführen entlang des Gefäßsystems unerwünscht vorzeitig krümmen, wodurch ein weiteres Voranschieben des Drahtes unmöglich wird.

[0015] Bei einer dritten Art des bekannten Implantats besteht der Körper aus drei kurzen voneinander weit beabstandeten Stentabschnitten, die jeweils ein Geflecht aufweisen und untereinander durch Spannelemente in Form von Zugdrähten verbunden sind. Nach dem Einführen der drei Stentabschnitte in den Sinus Coronarius werden die Spannelemente durch Zug gespannt, wodurch der Abstand zwischen den drei Stentabschnitten etwas verringert wird und dabei der Mitralklappenring im Radius verkleinert wird. Hierbei besteht jedoch der Nachteil, dass die Spannelemente, die zwischen den Stentabschnitten freiliegen, sich beim Spannen geradestrecken und in die Gefäßwand des Sinus Coronarius einschneiden können.

[0016] Weiterhin offenbart das Dokument US 6,187,040 B1 einen Annuloplastiering, der im Innern seines Körpers Abschnitte aus schraubenförmig dicht gewickelten Federn oder federnde Drähte zur Aussteifung des Rings aufweist.

[0017] Ferner ist aus dem Dokument DE 689 04 887 T2 eine mehrteilige Ringprothese für die Annuloplastie bekannt, die als Körper einen im Wesentlichen rund geformten Ring aufweist, wobei der Ring so proportioniert ist, dass er um den Ring einer Herzklappe passt, wobei der Körper aus zwei oder mehr Segmenten gebildet ist, die jeweils einen anderen Ringabschnitt bilden, während um die Segmente eine elastische Abdeckung gepasst ist, und wobei die Segmente so angeordnet sind, dass ihre Enden unter Bildung des Rings nebeneinander liegen. Die Enden der Segmente sind nicht direkt miteinander verbunden, wobei die elastische Abdeckung die Segmente

in ihrer mit den Enden aneinanderstoßende Position hält, und wobei eine Halteeinrichtung vorgesehen ist, um die Abdeckung fest um die benachbarten Enden der Segmente zu halten.

Aufgabenstellung

[0018] Der Erfindung liegt die Aufgabe zugrunde, ein Implantat der eingangs genannten Art dahingehend weiterzubilden, dass die vorstehend genannten Nachteile vermieden werden, dass sich das Implantat leicht implantieren lässt, der Übergang vom ersten Zustand in den zweiten Zustand gut kontrollierbar ist und eine ausreichende Stabilisierung des Ringes der Herzklappe gewährleistet ist, ohne die Gefäßwand des Gefäßes, in das er implantiert ist, zu schädigen.

[0019] Erfindungsgemäß wird diese Aufgabe hinsichtlich des eingangs genannten Implantats dadurch gelöst, dass der Körper aus einer Mehrzahl von zu einer Kette aneinandergereihten Gliedern gebildet ist, die im ersten Zustand relativ zueinander beweglich sind, und dass das Spannelement im zweiten Zustand des Körpers die Glieder untereinander zu einem Bogen verspannt, wobei die Glieder im zweiten Zustand relativ zueinander im wesentlichen unbeweglich sind und auf einer Innenradiusseite des Bogens eine im wesentlichen durchgehende flächige Stützfläche bilden.

[0020] Das erfindungsgemäße Implantat weist demnach einen Körper auf, der aus einer Mehrzahl von zu einer Kette aneinandergereihten Gliedern gebildet ist, die bei entspanntem Spannelement relativ zueinander beweglich sind, so daß sich das Implantat im ersten Zustand des Körpers auf intravaskulärem Wege in das Gefäß bspw. den Sinus Coronarius einführen lässt. Sobald das Implantat im Gefäß an Ort und Stelle positioniert ist, wird das Spannelement gespannt, wodurch die Glieder zu einem Bogen verspannt werden und sich dabei mit einer im wesentlichen durchgehenden flächigen Stützfläche an die dem Ring der Herzklappe zugewandte Gefäßwand des Gefäßes flächig anlegen und den Ring der Herzklappe wirksam stützen. Ein Einschneiden oder Eindrücken in die Gefäßwand ist dabei ausgeschlossen, da sich eine der natürlichen Krümmung des Gefäßes folgende Krümmung des Bogens vorgeben lässt, ohne daß geradegestreckte Abschnitte entstehen. Im zweiten Zustand des Körpers bilden die untereinander verspannten Glieder einen Bogen, der je nach Ausgestaltung der Glieder und des Spannelementes steif oder starr sein kann, oder der Bogen kann auch eine gewisse Elastizität aufweisen. In diesem Sinne ist das Merkmal, wonach die Glieder im zweiten Zustand relativ zueinander "im wesentlichen unbeweglich" sind, so zu verstehen, daß die Glieder bei einem starren oder steifen Ring vollständig unbeweglich sind oder bei einem noch eine gewisse Flexibilität aufweisenden Bogen noch eine geringfügige Beweglichkeit relativ zueinander aufweisen oder selbst flexibel sind. Das erfindungsgemäße Implantat lässt sich

im ersten Zustand des Körpers auf intravaskulärem Wege leicht, bspw. mittels eines Katheters, einführen und an Ort und Stelle im Gefäß dann mittels des Spannelements kontrolliert spannen, bspw. mittels des zur Einführung verwendeten Katheters, wodurch sich die Glieder durch entsprechende Betätigung des Spannelements zu dem Bogen verspannen.

[0021] In einer bevorzugten Ausgestaltung ist das Spannlement an einer der Stützfläche abgewandten Fläche der Glieder angeordnet, so dass es sich im zweiten Zustand des Körpers radial außerhalb der Innerradiusseite befindet.

[0022] Hierbei ist von Vorteil, dass gewährleistet ist, dass sich das Spannlement beim Spannen nicht wie bei den aus dem Stand der Technik bekannten Implantaten geradestreckt und in die Gefäßwand einschneidet. Unter der Stützfläche "abgewandten Fläche" der Glieder ist nicht nur zu verstehen, dass das Spannlement bspw. auf der Rückseite der Glieder angeordnet ist, sondern das Spannlement kann auch bei einer hohlförmigen Ausgestaltung der Glieder in die Glieder integriert sein bzw. im inneren der Glieder verlaufen.

[0023] In einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung sind jeweils benachbarte Glieder gelenkig miteinander verbunden.

[0024] Diese Maßnahme hat den Vorteil, dass die einzelnen Glieder bereits im ersten Zustand des Körpers miteinander verbunden sind, wodurch der Übergang in den zweiten Zustand in noch besser kontrollierbarer Weise durch Spannen des Spannlements erfolgen kann. Die gelenkige Verbindung jeweils benachbarter Glieder hat im ersten Zustand des Körpers den Vorteil, dass der aus den Gliedern gebildete Körper beim Einführen in das Gefäß auf intravaskulärem Wege die erforderliche Flexibilität besitzt, um sich jeweils an den Gefäßverlauf anpassen zu können.

[0025] Dabei ist in einer bevorzugten Ausgestaltung vorgesehen, dass die gelenkige Verbindung zwischen benachbarten Gliedern durch flexible Verbindungsabschnitte zwischen den Gliedern gebildet ist. [0026] Diese Maßnahme hat den Vorteil, daß die gelenkige Verbindung in einer konstruktiv wenig aufwendigen Weise bewerkstelligt werden kann. Diese Verbindungsabschnitte können einstückig mit den einzelnen Gliedern ausgebildet sein, und können bspw. beim Fertigen der einzelnen Glieder aus einem einzigen Werkstück durch Stehenlassen von Materialbrücken zwischen den einzelnen Gliedern hergestellt werden.

[0027] In einer alternativen bevorzugten Ausgestaltung ist die gelenkige Verbindung zwischen benachbarten Gliedern durch Achsgelenke gebildet.

[0028] Diese Maßnahme stellt zwar eine aufwendigere Ausgestaltung der Verbindung der Glieder dar, hat jedoch den Vorteil, daß die gelenkige Verbindung zwischen den einzelnen Gliedern insgesamt sehr stabil ausgebildet werden kann. Bei dieser Ausgestaltung können einzeln hergestellte Glieder über die

Achsgelenke miteinander zu dem Körper des Implantats verbunden werden.

[0029] In einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung ist das Spannlement am distalen Glied festgelegt und mit dem proximalen Glied über einen Spannmechanismus verbunden, der ein kontinuierliches Spannen des Spannlements ermöglicht.

[0030] Durch diese Maßnahme kann der Übergang des Körpers des erfindungsgemäßen Implantats vom ersten Zustand in den zweiten Zustand noch besser kontrolliert werden, insbesondere kann der Biegeradius des Bogens im zweiten Zustand des Körpers durch das kontinuierliche Spannen des Spannlements sehr genau an den jeweiligen Einsatzort und von Patient zu Patient individuell eingestellt werden.

[0031] In einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung weist der Spannmechanismus ein am proximalen Glied angeordnetes Schraubgewinde auf, mit dem ein proximaler Abschnitt des Spannlements verschraubar in Eingriff steht.

[0032] Die Ausgestaltung des Spannmechanismus mit einem am proximalen Glied angeordneten Schraubgewinde ermöglicht bei entsprechend feiner Ausgestaltung des Schraubgewindes ein kontinuierliches Spannen des Spannlements mit einer sehr feinen Einstellmöglichkeit des zweiten Zustands des Körpers des Implantats. Zur Betätigung des Spannmechanismus wird vorzugsweise der Katheter verwendet, mit dem das Implantat intravaskulär an den Zielort eingeführt wurde, wobei ein derartiger Katheter dann mit einer entsprechenden Welle ausgestattet ist, die vom behandelnden Arzt außerhalb des Körpers betätigt werden kann, um das Spannlement zu spannen und den Körper in den zweiten Zustand zu überführen.

[0033] In einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung weisen die Glieder auf ihrer der Herzklappe zugewandten Seite eine Öse zum Durchführen des Spannlements auf.

[0034] Diese Maßnahme hat den Vorteil, daß das Spannlement an den Gliedern eine Führung erfährt. Bei dieser Ausgestaltung kann außerdem auf eine Verbindung der Glieder untereinander, wie in einer der vorhergehenden Ausgestaltungen vorzugsweise vorgesehen ist, verzichtet werden, wobei dann die Glieder an dem Spannlement vorzugsweise durch die Öse bzgl. einer Drehung um ihre Längsrichtung verdrehgesichert sein können.

[0035] In einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung ist an zumindest einem Glied auf Seiten der Stützfläche ein Verankerungshaken angeordnet.

[0036] Der Verankerungshaken dient dazu, sich in das vorhandene Gewebe des Herzkappensrings zu verkrallen, wodurch das erfindungsgemäße Implantat vorteilhafterweise im implantierten Zustand gegen ein Verrutschen oder Verschieben gesichert ist.

[0037] In einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung ist der Verankerungshaken über die Stützfläche hinaus ausfahrbar.

[0038] Diese Maßnahme hat den Vorteil, daß der

zumindest eine Verankerungshaken beim Einführen auf intravaskulärem Wege nicht das Einführen behindert, weil er in einer nicht störenden eingefahrenen Position angeordnet werden kann. Erst am Zielort wird dann der Verankerungshaken über die Stützfläche des Körpers hinaus ausgefahren, wodurch der weitere Vorteil darin besteht, daß sich der Verankerungshaken durch das Ausfahren sicher in das Gewebe des Ringes krallt.

[0039] In einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung ist der Verankerungshaken verschwenkbar, und ist das Spannelement zum Ausschwenken des Verankerungshakens mit diesem verbunden.

[0040] Diese Maßnahme hat nun den besonderen Vorteil, daß der zumindest eine Verankerungshaken beim Spannen des Spannelements selbsttätig über die Stützfläche des Gliedes, an dem er vorgesehen ist, ausgefahren wird. Das Ausfahren des zumindest einen Verankerungshakens erfolgt dabei zu Beginn des Spannens des Spannelements, wodurch zunächst eine Verankerung des Implantats am Zielort erfolgt, und durch weiteres Spannen des Spannelements wird der Körper dann in den zweiten Zustand überführt, indem der Körper zu dem Bogen verformt wird. Der weitere Vorteil dieser Maßnahme besteht darin, daß zum Ausfahren des Verankerungshakens und zum Überführen des Körpers vom ersten in den zweiten Zustand nur ein Betätigungsmechanismus, nämlich das vorhandene Spannelement, erforderlich ist.

[0041] In einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung ist der Verankerungshaken zumindest am distalen Glied angeordnet, und ist das Spannelement über den Verankerungshaken am distalen Glied festgelegt.

[0042] Diese Maßnahme hat entsprechend der zuvor erwähnten Ausgestaltung den Vorteil, daß das Spannelement auf diese Weise sowohl mit dem distalen Glied zum Überführen des Körpers vom ersten in den zweiten Zustand und auch mit dem zumindest einen Verankerungshaken zum Ausfahren desselben verbunden ist.

[0043] Es ist jedoch auch bevorzugt, wenn an mehreren Gliedern jeweils ein Verankerungshaken angeordnet ist.

[0044] Hierdurch wird nicht nur eine noch verbesserte Fixierung des Implantats im Sinus Coronarius erreicht, sondern es kann dann auch der Körper so aus den Gliedern gebildet sein, daß er im zweiten Zustand noch eine gewisse Flexibilität bzw. Elastizität aufweist, bspw. indem die einzelnen Glieder des Körpers noch eine gewisse Relativbeweglichkeit untereinander besitzen oder selbst flexibel sind.

[0045] In einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung weisen die Glieder zumindest auf ihrer die Stützfläche bildenden Außenseite eine Krümmung auf, so dass sich im zweiten Zustand des Körpers eine an den Implantationsort angepasste gekrümmte Stützfläche ergibt.

[0046] Diese Maßnahme hat den Vorteil, dass die

Glieder bereits mit einer entsprechenden Vorkrümmung ausgestattet sind, so dass die Stützfläche im zweiten Zustand des durch die Glieder gebildeten Körpers des Implantats eine der anatomischen Krümmung des zu stabilisierenden Ringes angepaßte Krümmung aufweist. Diese Ausgestaltung ist insbesondere dann vorteilhaft, wenn die einzelnen Glieder und dann auch vorzugsweise der Körper im zweiten Zustand biegesteif oder gar starr ausgebildet sind.

[0047] Es ist jedoch ebenso bevorzugt, wenn eine solche Krümmung den einzelnen Gliedern erst bei der Implantation verliehen wird, bspw. unter der Wirkung der Körpertemperatur, indem ein entsprechendes Material für die Glieder verwendet wird, bspw. Nitinol.

[0048] In einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung sind Stirnseiten der Glieder so ausgebildet, dass die Stirnseiten benachbarter Glieder im zweiten Zustand des Körpers bündig aneinanderliegen.

[0049] Hierbei ist von Vorteil, dass die Stirnseiten der Glieder im implantierten Zustand des Körpers für das durch das Gefäß durchströmende Blut kein Strömungshindernis darstellen und somit nicht zu Verwirbelungen des Blutes führen. Des weiteren ist die Stützfläche, die durch die der Herzklappe zugewandte Außenseite der Glieder im zweiten Zustand des Körpers gebildet wird, durchgehend glatt, wodurch die Gefäßwand des Sinus Coronarius durch das Implantat noch besser geschont wird.

[0050] In einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung sind die Glieder im wesentlichen biegesteif.

[0051] Hierbei ist von Vorteil, dass die Glieder im zu dem Bogen verspannten Zustand einen insgesamt biegesteifen oder sogar starren Teilring bilden können, der eine besonders gute Stabilisierung des dilatierten natürlichen Rings und damit der zu behandelnden Herzklappe gewährleistet.

[0052] In einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung weisen die Glieder eine sich über den gesamten Querschnittsumfang erstreckende Außenwand auf.

[0053] Diese Maßnahme hat den Vorteil, dass sie es ermöglicht, wie in einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung vorgesehen ist, das Spannelement im Inneren der dann als Hohlkörper ausgestalteten Glieder anzutreiben.

[0054] Es versteht sich, dass die Querschnittsform nicht auf eine kreisförmige Ausgestaltung beschränkt ist, sondern es können auch andere Querschnittsformen bevorzugt sein, bspw. halbmondförmige oder halbkreisförmige Querschnitte, die den weiteren Vorteil haben, dass das Implantat im Gefäß einen geringeren Querschnitt des Gefäßes belegt und einen ausreichenden Blutdurchgang durch den Sinus Coronarius gewährleistet.

[0055] In einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung ist die Außenwand der Glieder zumindest teilweise durchbrochen.

[0056] Durch diese Maßnahme kann die Oberfläche des Implantats noch weiter verringert werden, wo-

durch die Gefahr einer Thrombusbildung oder die Gefahr von Koagulationen noch vermindert werden kann.

[0057] Ebenso bevorzugt ist es, wenn die Glieder eine sich nur über einen Querschnittsumfang erstreckende Außenwand aufweisen.

[0058] Bei dieser im Querschnitt offenen Ausgestaltung der einzelnen Glieder kann zwar das Spannlement nicht vollständig von den Gliedern umschlossen werden, jedoch hat diese Maßnahme den Vorteil, dass die Querschnittsbelebung des Gefäßes durch das Implantat sehr gering gehalten werden kann, so dass der Blutdurchgang durch den Sinus Coronarius möglichst wenig beeinträchtigt wird.

[0059] In einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung ist eine Oberfläche der Glieder gegenüber biologischem Gewebe oder Blut antiadhäsiv bzw. biokompatibel.

[0060] Diese Maßnahme hat den Vorteil, dass das erfindungsgemäße Implantat als solches biokompatibel ist und die Gefahr einer Thrombusbildung vermieden werden kann. Die einzelnen Glieder können bspw. mit einem entsprechenden Material beschichtet sein, oder die Glieder können aus einem entsprechenden Material gefertigt sein, oder der Körper des Implantats kann mit einem entsprechenden flexiblen dünnen Schlauch, der die einzelnen Glieder abdeckt, überzogen sein.

[0061] Weitere Vorteile und Merkmale ergeben sich aus der nachfolgenden Beschreibung und der beigefügten Zeichnung.

Ausführungsbeispiel

[0062] Ausführungsbeispiele der Erfindung sind in der Zeichnung dargestellt und werden mit Bezug auf diese hier nach näher beschrieben. Es zeigen:

[0063] **Fig. 1** ein Implantat zur Behandlung einer Insuffizienz einer Herzklappe in einem ersten Zustand; [0064] **Fig. 2** das Implantat in **Fig. 1** in einem zweiten Zustand;

[0065] **Fig. 3** einen Querschnitt durch das Implantat in **Fig. 1** entlang der Linie III-III in **Fig. 1**;

[0066] **Fig. 4** eine ausschnittsweise Darstellung des Implantats in **Fig. 1** in einer Ansicht von hinten;

[0067] **Fig. 5** ein distales Ende des Implantats in **Fig. 1** und 2 im vergrößerten Maßstab und teilweise im Längsschnitt;

[0068] **Fig. 6** das Implantat in **Fig. 1** zusammen mit einem äußerst schematisch dargestellten Hilfsinstrument;

[0069] **Fig. 7** ein proximales Ende des Implantats in **Fig. 1** in vergrößertem Maßstab im Längsschnitt;

[0070] **Fig. 8** das Implantat in **Fig. 1** im implantierten Zustand, wobei eine Herzklappe äußerst schematisch dargestellt ist;

[0071] **Fig. 9** und **Fig. 10** weitere Ausführungsbeispiele für Geometrien von Gliedern für ein Implantat im Querschnitt.

[0072] In **Fig. 1, 2, 6** und **8** ist ein mit dem allgemei-

nen Bezugszeichen **10** versehenes Implantat zur Behandlung einer Insuffizienz einer Herzklappe, im vorliegenden Fall zur Behandlung einer Insuffizienz der Mitralklappe, dargestellt. Das Implantat **10** dient zur Stabilisierung des an der Mitralklappe vorhandenen natürlichen Rings bei einer pathologischen Dilatation oder Erschlaffung des Rings.

[0073] Das Implantat **10** weist allgemein einen Körper **12** auf, der ein distales Ende **14** und ein proximales Ende **16** aufweist.

[0074] In **Fig. 1** und **6** ist der Körper **12** in einem ersten Zustand dargestellt, in dem er im wesentlichen langerstreckt und im wesentlichen flexibel ist, so daß er in diesem ersten Zustand auf intravaskulärem Wege mittels eines Katheters an seinen Implantationsort entlang von Arterien oder Venen vorgeschoben werden und sich dabei dem auch gekrümmten Verlauf dieser Gefäße leicht anpassen kann.

[0075] In **Fig. 2** und **8** ist der Körper **12** in einem zweiten Zustand dargestellt, in dem er eine gekrümmte Form mit einem verringerten Biegeradius einnimmt. In diesem Zustand ist das Implantat **10** in der Lage, seine stabilisierende Funktion für den natürlichen Ring der zu behandelnden Herzklappe zu übernehmen.

[0076] Der Körper **12** ist aus einer Mehrzahl von zu einer Kette aneinander gereihten Gliedern **18** gebildet. In dem gezeigten Ausführungsbeispiel ist der Körper **12** insgesamt aus elf derartigen Gliedern **18** gebildet, wobei ein distales Glied **20** das distale Ende **14** des Körpers **12** und ein proximales Glied **22** das proximale Ende **16** des Körpers **12** bildet.

[0077] In dem in **Fig. 1** und **6** dargestellten ersten Zustand des Körpers **12** sind die Glieder **18** relativ zueinander beweglich. Die relative Beweglichkeit ist bei dem dargestellten Ausführungsbeispiel dadurch realisiert, daß jeweils benachbarte der Glieder **18** gelenkig miteinander verbunden sind. Dadurch sind die Glieder **18** in einer Richtung quer zur Längsrichtung des Körpers **12** beweglich, in Längsrichtung des Körpers **12** jedoch im wesentlichen unbeweglich zueinander.

[0078] Die gelenkige Verbindung jeweils benachbarter der Glieder **18** ist durch flexible Verbindungsabschnitte **24** zwischen den Gliedern **18** gebildet. Die Verbindungsabschnitte **24** sind bezüglich der Längsmittelachse des Körpers **12** exzentrisch zu dieser angeordnet.

[0079] Anstelle durch flexible Verbindungsabschnitte können die einzelnen Glieder **18** des Körpers **12** jedoch auch durch Achsgelenke gelenkig miteinander verbunden sein.

[0080] Die gelenkige Verbindung der einzelnen Glieder **18** erfolgt auf einer Seite des Körpers **12**, die im zweiten Zustand des Körpers **12** gemäß **Fig. 2** eine Außenradiusseite **26** bildet, während die Glieder **18** auf einer der Außenradiusseite **26** gegenüber liegenden Innenradiusseite **28** nicht miteinander verbunden sind.

[0081] Die Glieder **18** weisen im Querschnitt (vgl.

Fig. 3) eine sich vollumfänglich erstreckende Außenwand **30** auf, d.h. die einzelnen Glieder **18** sind in Form kleiner Röhren ausgebildet. Jedes Glied **18** stellt somit einen Hohlkörper mit einer sich vollumfänglich erstreckenden Wand **30** auf. An Stirnseiten **32** und **34** ist jedes Glied **18** in Längsrichtung offen. [0082] Die Stirnseiten **32** und **34** der Glieder **18** sind dabei so ausgebildet, dass die Stirnseiten **32** und **34** benachbarter der Glieder **18** im zweiten Zustand des Körpers **12** bündig aneinanderliegen, wie in **Fig. 2** und **8** dargestellt ist. Bei der Ausgestaltung der einzelnen Glieder **18** als Röhren nimmt der Körper **12** somit die Form eines entlang seiner Längsrichtung im wesentlichen durchgehend geschlossenen Teilringes ein.

[0083] Zur Herstellung des Körpers **12** kann dieser bspw. aus einem teilringförmig gemäß **Fig. 2** geformten Rohr durch partielles Einschneiden der Rohrwand von der Innenradiusseite **28** her quer zur Längsmittelachse des Rohres hergestellt werden, wobei die flexiblen Verbindungsabschnitte **24** beim Einschneiden stehen bleiben. Durch Strecken des so eingeschnittenen Rohres wird dann die Konfiguration des Körpers **12** gemäß **Fig. 1** erhalten.

[0084] Im in **Fig. 2** und **8** dargestellten zweiten Zustand des Körpers **12** bilden die Glieder **18** auf der Innenradiusseite **28** eine im wesentlichen durchgehende flächige Stützfläche, die im implantierten Zustand des Implantats **10** der zu behandelnden Herzklappe zugewandt ist.

[0085] Um den Körper **12** von dem ersten, in **Fig. 1** und **6** dargestellten Zustand in den zweiten, in **Fig. 2** und **8** dargestellten Zustand zu überführen, ist ein flexibles Spannelement **36** vorgesehen, das sich längs des Körpers **12** erstreckt. Das Spannelement **36** ist bspw. ein dünner Draht, der bspw. aus Stahl, Nitinol oder anderen geeigneten Materialien bestehen kann. [0086] Das Spannelement **36** erstreckt sich vom proximalen Ende **16** bis zum distalen Ende **14** des Körpers **12**. Das Spannelement **36** ist dabei auf der die Stützfläche bildenden Innenradiusseite **28** abgewandten Seite der Glieder **18** angeordnet, und verläuft durch das Innere der Glieder **18**.

[0087] Das Spannelement **36** ist am distalen Glied **20** festgelegt und mit dem proximalen Glied **22** über einen Spannmechanismus **38** verbunden, der nachfolgend mit Bezug auf **Fig. 7** näher beschrieben wird.

[0088] Am proximalen Ende des Spannlements **36** ist ein Element **40** mit einem Außengewinde angeordnet, das mit einer Schraubhülse **42** mit Innengewinde in Gewindegangriff steht. Die Schraubhülse **42** ihrerseits ist relativ zu dem proximalen Glied **22** drehbar, jedoch axial unverschiebbar, wozu mit dem proximalen Glied **22** eine Hülse **44** fest verbunden ist, in die ein radialer Vorsprung **46** der Schraubhülse **42** eingreift.

[0089] Am äußersten proximalen Ende der Schraubhülse **42** ist ein Schlitz **48** ausgespart, in den ein entsprechendes Hilfsinstrument **52** einsetzbar ist, das an seinem distalen Ende einen entsprechenden

Vorsprung **50** aufweist, wie in **Fig. 6** dargestellt ist. [0090] Durch Drehen der Schraubhülse **42** um eine Längsachse **54** wird das mit der Schraubhülse **42** in Gewindegangriff stehende Spannelement **36** in Richtung eines Pfeiles **56** nach proximal gezogen. Da das Spannelement **36** am distalen Glied **20** festgelegt ist, werden die Glieder **18** entsprechend untereinander zu einem Bogen gemäß **Fig. 2** bzw. gemäß **Fig. 8** verspannt. In dem zu dem Bogen verspannten Zustand sind die Glieder **18** dann relativ zueinander im wesentlichen unbeweglich durch das Spannelement **36** aneinander gehalten.

[0091] Der Spannmechanismus **38** ermöglicht ein kontinuierliches Spannen des Spannlements **36**.

[0092] Während der Körper **12** in **Fig. 2** und **8** im maximal verspannten Zustand dargestellt ist, in dem die Stirnflächen **32** und **34** benachbarter der Glieder **18** vollständig aufeinander liegen, ist es ebenso möglich, den Körper **12** auch nur teilweise zu verspannen, wodurch der Körper **12** einen Bogen bilden kann, der einen gegenüber **Fig. 2** und **8** größeren Biegeradius aufweist.

[0093] Des weiteren ist an zumindest einem der Glieder **18** auf der Innenradiusseite **28** des Körpers **12** ein Verankerungshaken angeordnet, wobei gemäß **Fig. 2** fünf derartige Verankerungshaken **58** vorgesehen sind. Die Verankerungshaken **58** sind über die die Stützseite bildende Innenradiusseite **28** des Körpers **12** hinaus ausfahrbar, wobei das Ausfahren der Verankerungshaken **58** beim Spannen des Spannlements **36** erfolgt, wie am Beispiel eines Verankerungshakens **60**, der am distalen Glied **20** angeordnet ist, mit Bezug auf **Fig. 5** näher beschrieben wird.

[0094] Das Spannlement **36** ist an dem distalen Glied **20** über den Verankerungshaken **60** festgelegt. Der Verankerungshaken **60** ist über eine Schwenkachse **62** verschwenkbar am distalen Glied **20** gelagert. Beim Spannen des Spannlements **36** durch Drehen der Schraubhülse **42** wird zunächst der Verankerungshaken **60** aus der in das distale Glied **20** eingeschwenkten Stellung, die in **Fig. 5** dargestellt ist, aus dem distalen Glied **20** ausgefahren bzw. herausgeschwenkt. Ein Anschlag **64** begrenzt die maximale Verschwenkung des Verankerungshakens **60**. Sobald der Verankerungshaken **60** am Anschlag **64** anliegt, wird durch weiteres Spannen des Spannlements **36** dann der Körper **12** in den zweiten Zustand überführt, in dem er die Bogenform gemäß **Fig. 2** bzw. **8** einnimmt.

[0095] Wie aus **Fig. 1** hervorgeht, weisen die Glieder **18** auf ihrer die Stützfläche bzw. Innenradiusseite **28** bildenden Außenseite bereits eine Krümmung auf, die dem Biegeradius des Körpers **12** im in **Fig. 2** dargestellten Zustand entspricht. Wenn die Glieder **18** zusätzlich noch im wesentlichen biegsteif oder gar starr ausgebildet sind, bildet der Körper **12** im in **Fig. 2** dargestellten zweiten Zustand einen im wesentlichen biegsteifen oder gar starren Bogen oder Teilring.

[0096] Die Oberfläche der Glieder **18** ist gegenüber

biologischem Gewebe oder Blut anti-adhäsiv bzw. biokompatibel, was durch eine entsprechende Beschichtung oder durch einen flexiblen schlauchförmigen Überzug realisiert werden kann. Die Glieder **18** können jedoch auch insgesamt aus einem biokompatiblen Material gefertigt sein. Die Glieder **18** können auch aus Metall gefertigt sein und mit einer entsprechenden Beschichtung oder einem Schlauchüberzug versehen werden.

[0097] Des weiteren kann die Wand **30** der Glieder **18** mit durchgehenden Perforationen versehen sein, um dadurch die Oberfläche zusätzlich zu verringern.

[0098] In **Fig. 8** ist das Implantat **10** in einer schematischen Darstellung im implantierten Zustand dargestellt.

[0099] Mit dem Bezugszeichen **70** ist dort die Mitralklappe dargestellt, die ein hinteres Segel **72** und ein vorderes Segel **74** aufweist. Die Darstellung in **Fig. 8** entspricht einer Draufsicht auf die Mitralklappe **70**. Die Mitralklappe ist am Herzen zwischen dem linken Vorhof und der linken Kammer angeordnet. Dabei ist die Mitralklappe **70** über einen natürlichen Ring **76** festgelegt. Der Ring **76** kann pathologisch erweitert (dilatiert) oder erschlafft sein, so daß die Mitralklappe **70** bei den Pumpbewegungen des Herzens nicht mehr dicht schließt.

[0100] Das Implantat **10** dient nun dazu, die Schließwirkung der Mitralklappe **70** dadurch wieder herzustellen, daß das Implantat **10** den natürlichen Ring **76** ausreichend stützt bzw. verstärkt oder im Radius verkleinert.

[0101] Dazu wird das Implantat **10** in den den Ring **76** umgebenden Sinus Coronarius **78** implantiert, der die Hauptvene des Herzmuskels darstellt und dem Ring **76** unmittelbar benachbart ist.

[0102] Das Implantat **10** wird im ersten Zustand des Körpers gemäß **Fig. 1** bzw. **6** über ein Kathetersystem in den Sinus Coronarius eingeführt, wobei bspw. als Zugang die Vena Femoralis dient. Die Vena Femoralis wird auch bei Herzuntersuchungen mittels eines Swan-Ganz-Katheters benutzt. Mittels eines Führungskatheters kann das Implantat **10** dann unter Röntgendifurchleuchtung in den Sinus Coronarius **78** platziert werden. Das Implantat **10** ist dabei auf einem Hilfskatheter befestigt, der einen inneren Kanal aufweist und mit einer drehbaren Welle versehen ist, wie bspw. in **Fig. 6** für das Hilfsinstrument **52** mit dem Bezugszeichen **80** dargestellt ist. Der Vorsprung **50** des Hilfsinstruments **52** gemäß **Fig. 6** greift dabei in den Schlitz **48** der Schraubhülse **42** ein. Durch Drehen der Welle **80** wird dann die Schraubhülse **42** in Drehung versetzt, wodurch das Spannelement **36** nach proximal entsprechend der Richtung des Pfeiles **56** in **Fig. 6** gezogen wird. Dabei wird zunächst der zumindest eine Verankerungshaken **60** und ggf. werden auch die Verankerungshaken **58** ausgefahren, die sich dann in das Gewebe des Ringes **76** krallen. Durch weiteres Drehen der Welle **80** wird dann das Spannelement **36** weiter nach proximal gezogen, wodurch der Körper **12** von dem ersten Zustand in den

zweiten Zustand gemäß **Fig. 2** bzw. **Fig. 8** übergeht, in der die Glieder **18** den Bogen bzw. Teilring bilden, der mit der die Stützfläche bildenden Innenradiusseite **28** an der dem Ring **76** benachbarten Gefäßwand des Sinus Coronarius **78** anliegt und dadurch den Ring **76** stützt.

[0103] Der durch die Glieder **18** gebildete Bogen erstreckt sich dabei über einen Kreiswinkel von vorzugsweise über 180°, wodurch das Implantat **10** den Ring **76** weitestmöglich umgreift und zusätzlich eine Lagestabilisierung erfährt.

[0104] Wenn die Glieder **18** vollständig untereinander verspannt sind, löst sich das Hilfsinstrument **52** von der Schraubhülse **42** und kann dann mit dem Hilfskatheter aus dem Körper gezogen werden. Anstelle eines Spannmechanismus mit Schraubgewinde kann auch ein anderer Spannmechanismus verwendet werden, bspw. ein Bajonettmechanismus.

[0105] Die Querschnittsabmessung des Implantats **10** sollte möglichst gering sein, damit für den Durchgang vom Blut ein möglichst großes Lumen des Sinus Coronarius **78** frei bleibt.

[0106] In **Fig. 9** und **10** sind Beispiele für andere Querschnittsformen der Glieder **18** dargestellt. Die in **Fig. 9** und **10** dargestellte Querschnittsform ist etwa halbmondförmig, wobei das Spannelement **36** dann nicht von den Gliedern **18** umgeben ist, sondern frei liegt. Bei dem in **Fig. 9** und **10** dargestellten Ausführungsbeispiel erstreckt sich die Wand **30** der Glieder **18** somit im Querschnitt nur teilmäßig.

[0107] Die Glieder **18** können dann im Fall einer gelenkigen Verbindung untereinander flexible Verbindungsabschnitte an ihren Querschnittsenden **82** und **84** aufweisen.

[0108] Gemäß **Fig. 10** kann ebenfalls vorgesehen sein, daß das Spannelement **36** bei dieser "offenen" Bauweise der Glieder **18** an den einzelnen Gliedern **18** durch Ösen **86** gefädelt ist, wobei in diesem Fall auch auf eine Verbindung der Glieder **18** untereinander verzichtet werden kann.

Patentansprüche

1. Implantat zur Behandlung einer Insuffizienz einer Herzklappe, insbesondere der Mitralklappe (**70**), mit einem länglichen Körper (**12**), der aus einem ersten im wesentlichen langerstreckten und im wesentlichen flexiblen Zustand in einen zweiten Zustand mit verringertem Biegeradius überführbar ist, und mit einem sich längs des Körpers (**12**) erstreckenden flexiblen Spannelement (**36**) zum Überführen des Körpers (**12**) vom ersten in den zweiten Zustand, dadurch gekennzeichnet, dass der Körper (**12**) aus einer Mehrzahl von zu einer Kette aneinander gereihten Gliedern (**18, 20, 22**) gebildet ist, die im ersten Zustand relativ zueinander beweglich sind, und dass das Spannelement (**36**) im zweiten Zustand des Körpers (**12**) die Glieder (**18, 20, 22**) untereinander zu einem Bogen verspannt, wobei die Glieder (**18, 20, 22**)

im zweiten Zustand relativ zueinander im wesentlichen unbeweglich sind und auf einer Innenradiusseite (28) des Bogens eine im wesentlichen durchgehende flächige Stützfläche bilden.

2. Implantat nach Anspruch 1, dadurch gekennzeichnet, dass das Spannelement (36) an einer der Stützfläche abgewandten Fläche der Glieder (18, 20, 22) angeordnet ist, so dass es sich im zweiten Zustand des Körpers (12) radial außerhalb der Innenradiusseite (28) befindet.

3. Implantat nach Anspruch 1 oder 2, dadurch gekennzeichnet, dass jeweils benachbarte Glieder (18, 20, 22) gelenkig miteinander verbunden sind.

4. Implantat nach Anspruch 3, dadurch gekennzeichnet, dass die gelenkige Verbindung zwischen benachbarten Gliedern (18, 20, 22) durch flexible Verbindungsabschnitte (24) zwischen den Gliedern (18, 20, 22) gebildet ist.

5. Implantat nach Anspruch 3, dadurch gekennzeichnet, dass die gelenkige Verbindung zwischen benachbarten Gliedern durch Achsgelenke gebildet ist.

6. Implantat nach einem der Ansprüche 1 bis 5, dadurch gekennzeichnet, dass das Spannelement (36) an einem distalen Glied (20) festgelegt und mit einem proximalen Glied (22) über einen Spannmechanismus (38) verbunden ist, der ein kontinuierliches Spannen des Spannelements (36) ermöglicht.

7. Implantat nach Anspruch 6, dadurch gekennzeichnet, dass der Spannmechanismus ein am proximalen Glied (22) angeordnetes Schraubgewinde aufweist, mit dem ein proximaler Abschnitt des Spannelements (36) verschraubar in Eingriff steht.

8. Implantat nach einem der Ansprüche 1 bis 7, dadurch gekennzeichnet, dass die Glieder (18) eine Öse zum Durchführen des Spannelements aufweisen.

9. Implantat nach einem der Ansprüche 1 bis 8, dadurch gekennzeichnet, dass an zumindest einem Glied (18, 20, 22) auf Seiten der Stützfläche ein Verankerungshaken (58, 60) angeordnet ist.

10. Implantat nach Anspruch 9, dadurch gekennzeichnet, dass der Verankerungshaken (58, 60) über die Stützfläche hinaus ausfahrbar ist.

11. Implantat nach Anspruch 10, dadurch gekennzeichnet, dass der Verankerungshaken (58, 60) verschwenkbar ist und das Spannelement (36) zum Ausschwenken des Verankerungshakens (58, 60) mit diesem verbunden ist.

12. Implantat nach Anspruch 11, dadurch gekennzeichnet, dass der Verankerungshaken (60) zumindest am distalen Glied (20) angeordnet ist, und dass das Spannelement (36) über den Verankerungshaken (60) am distalen Glied (20) festgelegt ist.

13. Implantat nach einem der Ansprüche 9 bis 12, dadurch gekennzeichnet, dass an mehreren Gliedern (18, 20, 22) jeweils ein Verankerungshaken (58, 60) angeordnet ist.

14. Implantat nach einem der Ansprüche 1 bis 13, dadurch gekennzeichnet, dass die Glieder (18, 20, 22) zumindest auf ihrer die Stützfläche bildenden Außenseite eine Krümmung aufweisen, so dass sich im zweiten Zustand des Körpers (12) eine an den Implantationsort angepasste gekrümmte Stützfläche ergibt.

15. Implantat nach einem der Ansprüche 1 bis 14, dadurch gekennzeichnet, dass Stirnseiten (32, 34) der Glieder (18, 20, 22) so ausgebildet sind, dass die Stirnseiten (32, 34) benachbarter Glieder (18, 20, 22) im zweiten Zustand des Körpers (12) bündig aneinanderliegen.

16. Implantat nach einem der Ansprüche 1 bis 15, dadurch gekennzeichnet, dass die Glieder (18, 20, 22) im wesentlichen biegesteif sind.

17. Implantat nach einem der Ansprüche 1 bis 16, dadurch gekennzeichnet, dass die Glieder (18, 20, 22) eine sich über den gesamten Querschnittsumfang erstreckende Außenwand (30) aufweisen.

18. Implantat nach Anspruch 17, dadurch gekennzeichnet, dass die Glieder (18, 20, 22) stirnseitig offen sind und das Spannelement (36) durch das Innere der Glieder (18, 20, 22) verläuft.

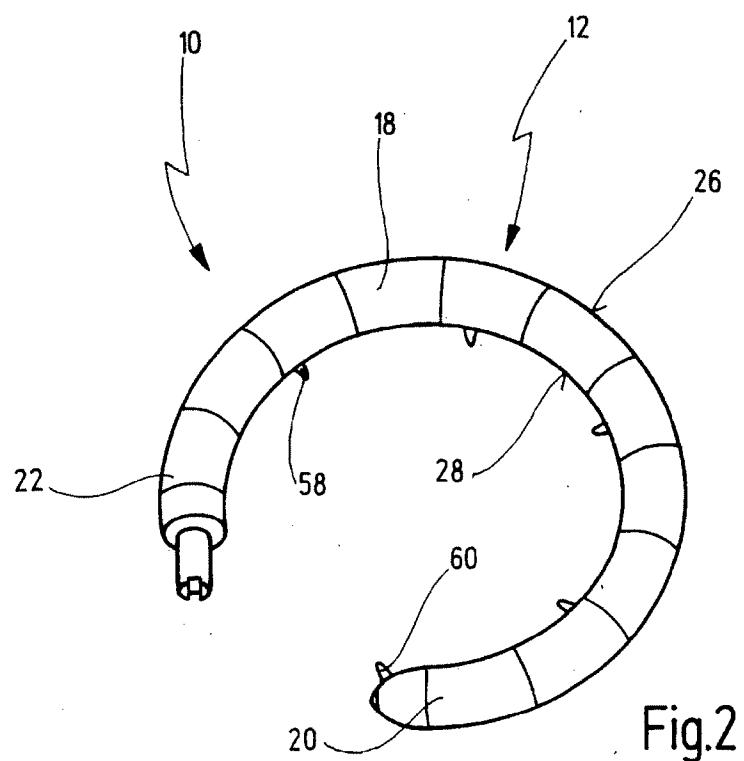
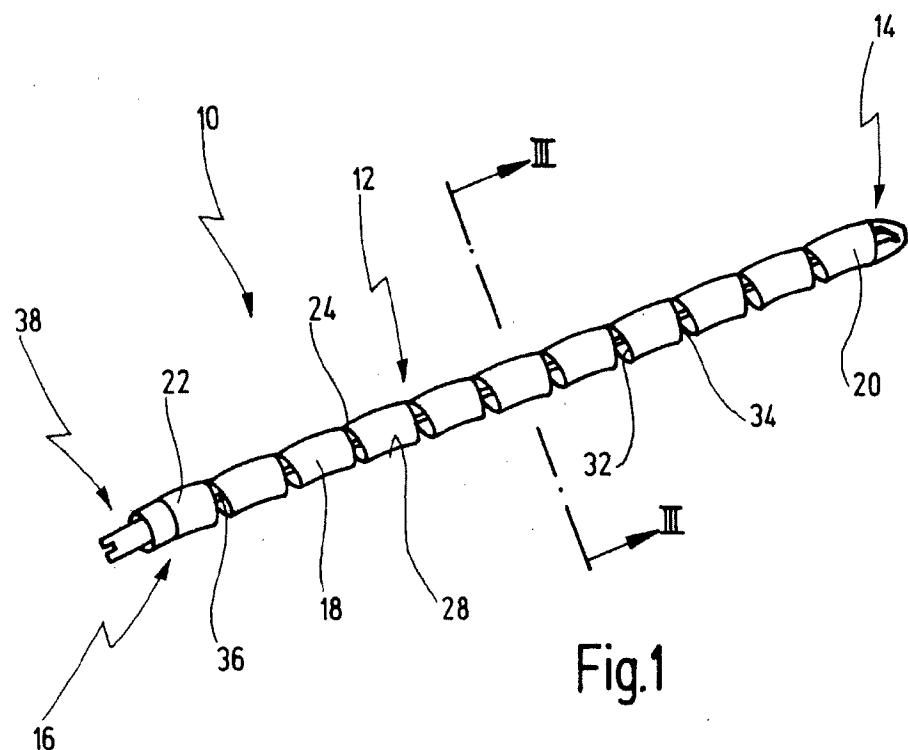
19. Implantat nach Anspruch 17 oder 18, dadurch gekennzeichnet, dass die Außenwand (30) der Glieder (18, 20, 22) zumindest teilweise durchbrochen ist.

20. Implantat nach einem der Ansprüche 1 bis 16, dadurch gekennzeichnet, dass die Glieder (18, 20, 22) eine sich nur über einen Querschnittsteilumfang erstreckende Außenwand (30) aufweisen.

21. Implantat nach einem der Ansprüche 1 bis 20, dadurch gekennzeichnet, dass eine Oberfläche der Glieder (18, 20, 22) gegenüber biologischem Gewebe oder Blut anti-adhäsiv bzw. biokompatibel ist.

Es folgen 4 Blatt Zeichnungen

Anhängende Zeichnungen



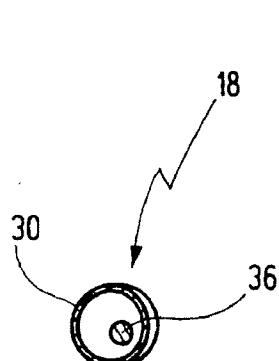


Fig.3

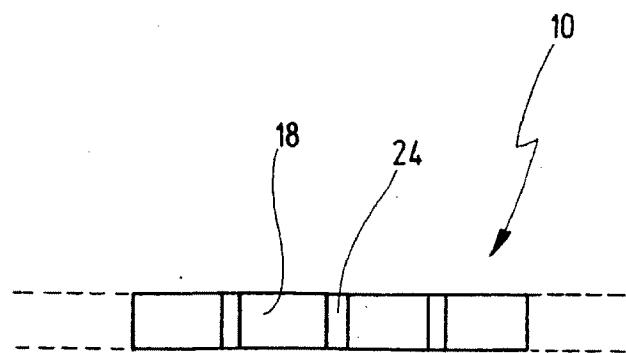


Fig.4

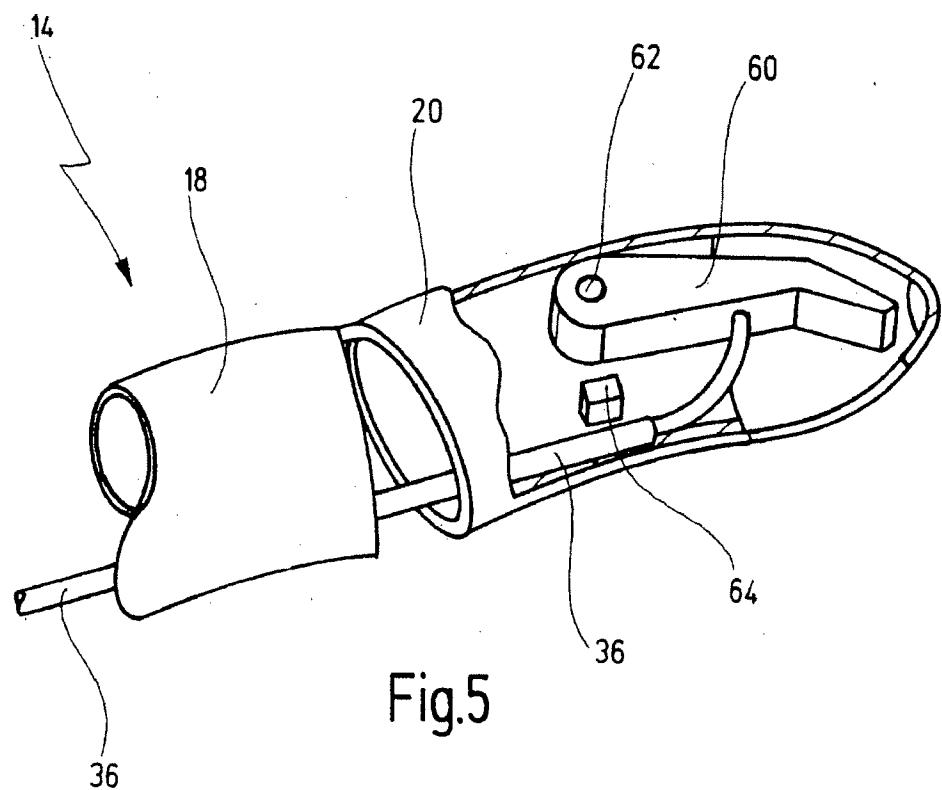
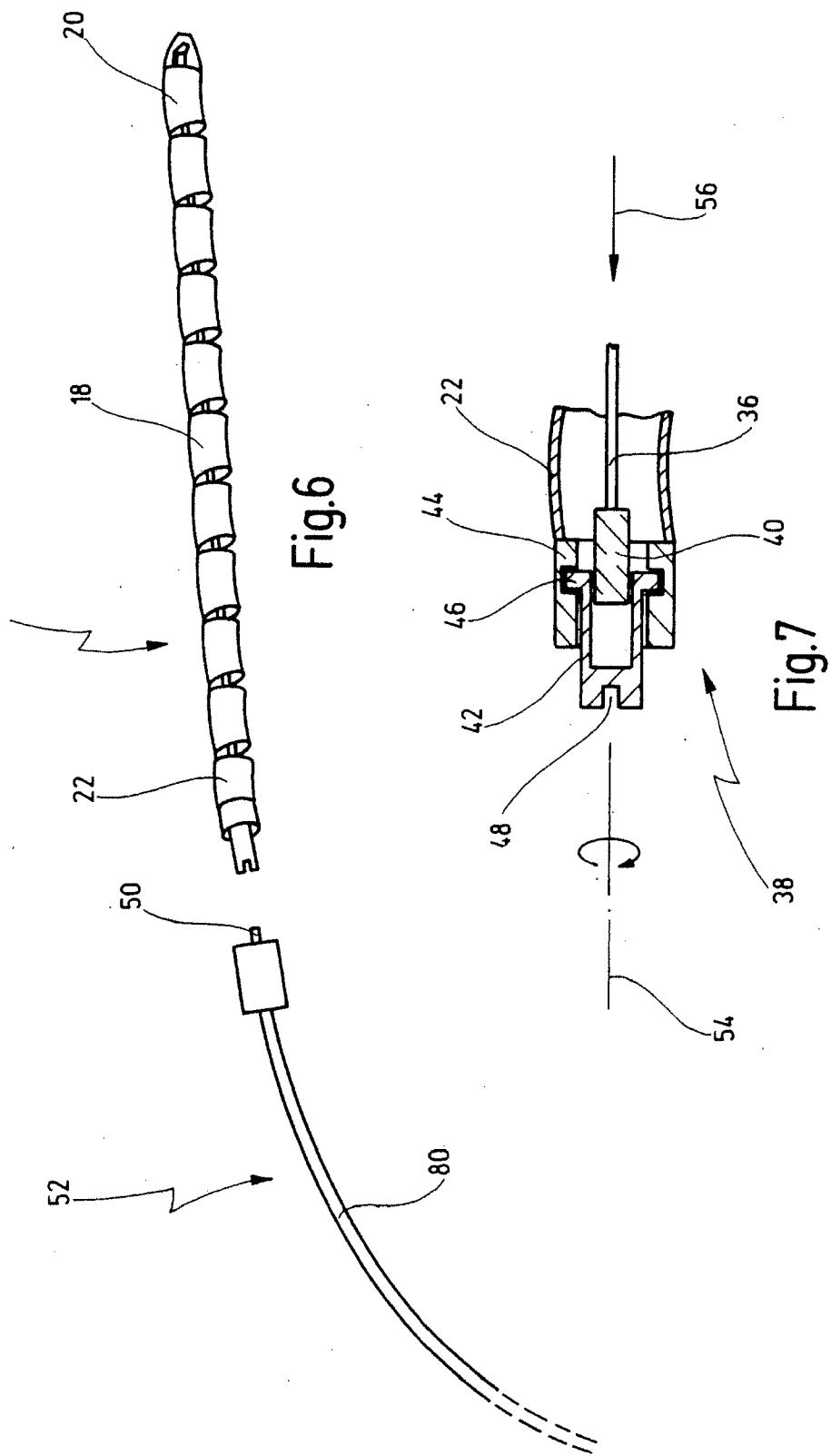


Fig.5



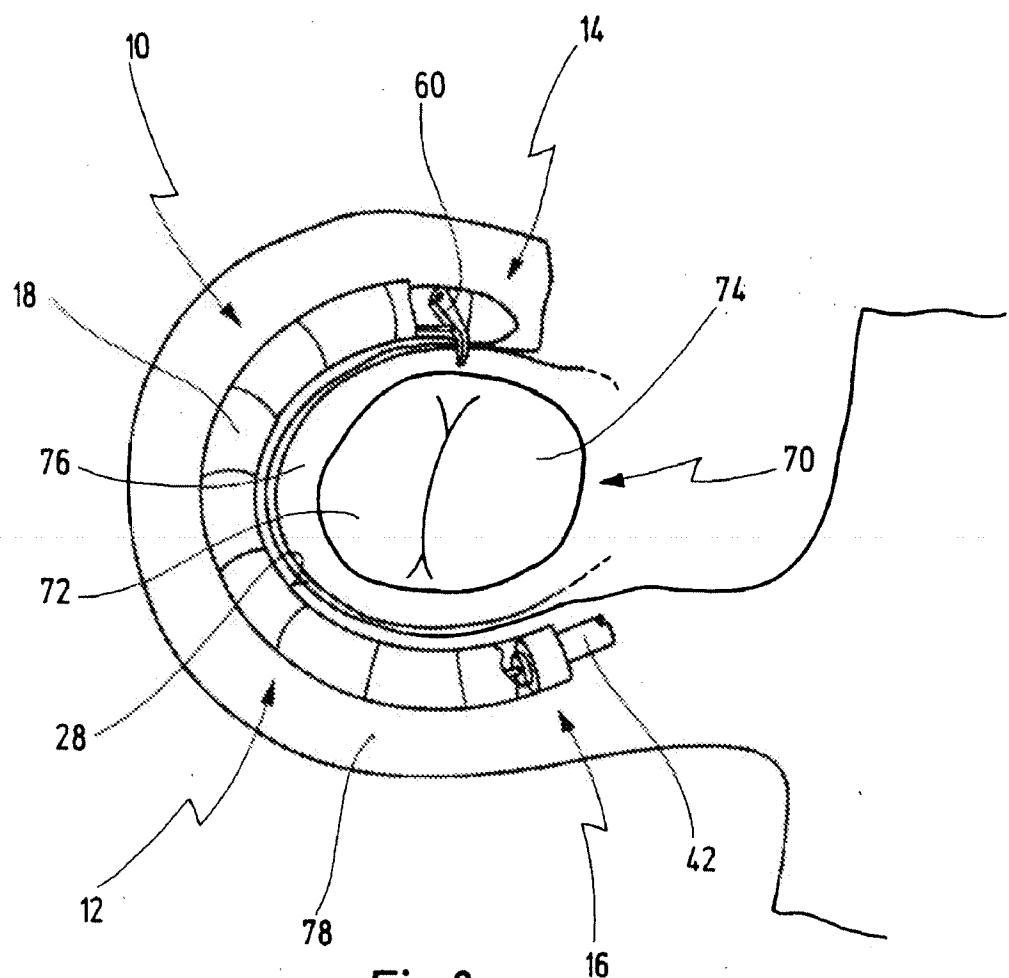


Fig.8

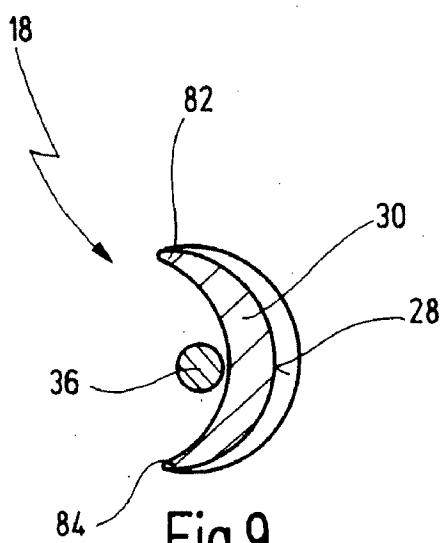


Fig.9

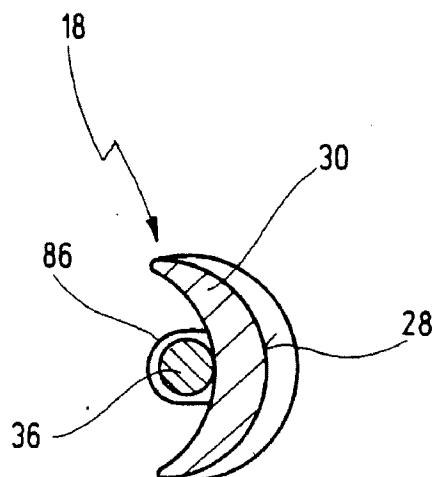


Fig.10



(19)
Bundesrepublik Deutschland
Deutsches Patent- und Markenamt

(10) DE 101 61 543 B4 2004.02.19

(12)

Patentschrift

(21) Aktenzeichen: 101 61 543.4

(51) Int. Cl. 7: A61F 2/24

(22) Anmeldetag: 11.12.2001

(43) Offenlegungstag: 26.06.2003

(45) Veröffentlichungstag
der Patenterteilung: 19.02.2004

Innerhalb von 3 Monaten nach Veröffentlichung der Erteilung kann Einspruch erhoben werden.

(71) Patentinhaber:
Reitan, Öyvind, Lund, SE

(56) Für die Beurteilung der Patentfähigkeit in Betracht
gezogene Druckschriften:

DE 689 04 887 T2

US 61 87 040 B1

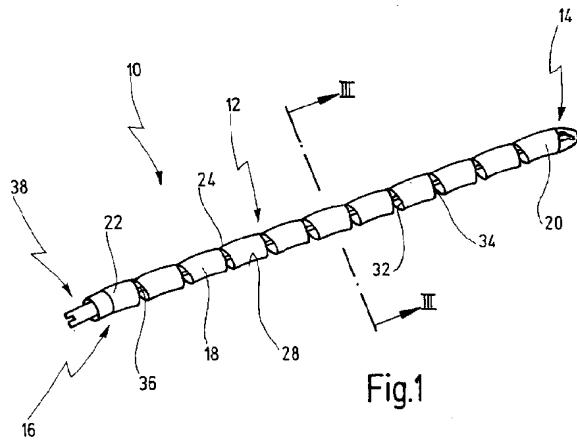
WO 01 00 111 A1

(74) Vertreter:
Witte, Weller & Partner, 70178 Stuttgart

(72) Erfinder:
gleich Patentinhaber

(54) Bezeichnung: **Implantat zur Behandlung einer Insuffizienz einer Herzklappe**

(57) Hauptanspruch: Implantat zur Behandlung einer Insuffizienz einer Herzklappe, insbesondere der Mitralklappe (70), mit einem länglichen Körper (12), der aus einem ersten im wesentlichen langerstreckten und im wesentlichen flexiblen Zustand in einen zweiten Zustand mit verringertem Biegeradius überführbar ist, und mit einem sich längs des Körpers (12) erstreckenden flexiblen Spannelement (36) zum Überführen des Körpers (12) vom ersten in den zweiten Zustand, dadurch gekennzeichnet, dass der Körper (12) aus einer Mehrzahl von zu einer Kette aneinander gereihten Gliedern (18, 20, 22) gebildet ist, die im ersten Zustand relativ zueinander beweglich sind, und dass das Spannelement (36) im zweiten Zustand des Körpers (12) die Glieder (18, 20, 22) untereinander zu einem Bogen verspannt, wobei die Glieder (18, 20, 22) im zweiten Zustand relativ zueinander im wesentlichen unbeweglich sind und auf einer Innenradiusseite (28) des Bogens eine im wesentlichen durchgehende flächige Stützfläche bilden.



Beschreibung

[0001] Die Erfindung betrifft ein Implantat zur Behandlung einer Insuffizienz einer Herzklappe, insbesondere der Mitralklappe, mit einem länglichen Körper, der aus einem ersten im wesentlichen langerstreckten und im wesentlichen flexiblen Zustand in einen zweiten Zustand mit verringertem Biegeradius überführbar ist, und mit einem sich längs des Körpers erstreckenden flexiblen Spannelement zum Überführen des Körpers vom ersten in den zweiten Zustand.

[0002] Ein derartiges Implantat ist aus der WO 01/00111 A1 bekannt.

[0003] Herz- und Gefäßerkrankungen stellen einen großen Teil der Mortalität in der westlichen Welt dar.

[0004] Neben Herzinfarkten kann Herzversagen auch andere Ursachen haben, und kann bspw. als Folge von hohem Blutdruck über längere Zeit vorkommen oder kann als Folge von metabolischen oder erblichen Krankheiten verursacht werden.

[0005] Zu den Herzerkrankungen, die zu einem Herzversagen führen können, gehören auch Insuffizienzen der Herzklappen, insbesondere der Mitralklappe.

[0006] Das Herz besteht aus zwei Hälften, die rechte Herzhälfte und die linke Herzhälfte. Beide Herzhälften bestehen jeweils aus einem Vorhof und einer Kammer. Die Kammern sind die eigentlichen Herzpumpen, während die Vorhöfe einen Füllungsmechanismus für die Kammern darstellen. Die rechte Kammer pumpt das Blut durch den kleinen Kreislauf, d.h. durch die Lunge für den Gasaustausch, während die linke Kammer das Blut durch den gesamten Körper pumpt.

[0007] Eine Erweiterung (Dilatation) des Herzens ist oft ein Anzeichen für ein sich akut oder langsam entwickelndes Versagen der linken Kammer. Die Dilatation, die allmählich auftritt, wird als eine Kompensation betrachtet, um mehr Kraft zu gewinnen und stellt eine besondere Eigenschaft des Herzens dar. Diese Erweiterung ist nicht nur auf die linke Kammer begrenzt, sondern führt auch häufig zu einer Erweiterung des Rings zwischen dem linken Vorhof und der linken Kammer. An diesem Ring ist die Mitralklappe befestigt. Die Mitralklappe ist ein Herzklappenvorhängen, das sich zwischen dem linken Vorhof und der linken Kammer befindet. Diese Herzklappe besteht aus zwei Segeln, einem vorderen Segel und einem hinteren Segel, die verhindern, daß Blut von der Kammer in den Vorhof zurück fließt.

[0008] Die Segel sind für einen gewissen Ringdurchmesser ausgelegt. Wenn sich der Ring vergrößert, reicht die Größe der Segel nicht mehr aus, um ein dichtes Schließen des Klappenvorhangs zu gewährleisten, und es entsteht eine Leckage zwischen den beiden Segeln, wobei das Blut bei jeder Pumpbewegung rückwärts entweicht, was zu einem Herzversagen führen kann. In den meisten Fällen ist es überwiegend das hintere Segel, das für die Leckage verantwortlich ist, da das vordere Segel eine bessere

Verankerung durch das weiche Skelett des Herzens besitzt.

[0009] Bei der chirurgischen Behandlung der Dilatation des Mitralklappenringes kommt eine Verkürzung des Ringes in Frage, so daß sich die Segel wieder an die Originalgröße anpassen und somit die Mitralklappe wieder dicht schließt. Um den Ring zu verkleinern, wird häufig eine Mitralklappenplastik, bspw. ein Metallring, in den Mitralklappenring einoperiert. Ein solcher Eingriff kann jedoch nur über eine offene Chirurgie vorgenommen werden, was eine erhebliche Belastung des Patienten darstellt. Patienten, die durch ein Herzversagen schon beeinträchtigt sind, können jedoch oft nicht operiert werden, da die Mortalität bei diesen Operationen zu hoch ist. Für diese Patienten bleibt dann nur eine medikamentöse Behandlung, die jedoch häufig unzureichend ist.

[0010] Es besteht daher ein Bedarf an neuen Behandlungsformen, die für die Patienten weniger belastend sind, und bei denen die Mortalität wesentlich verringert ist. Mit anderen Worten besteht ein erhöhter Bedarf zur Behandlung einer Insuffizienz einer Herzklappe auf minimal-invasivem Weg.

Stand der Technik

[0011] Aus der eingangs genannten WO 01/00111 A1 ist ein Implantat zur Behandlung einer Insuffizienz der Mitralklappe auf minimalinvasivem Wege bekannt. Dabei macht man sich zu Nutze, daß die Hauptvene des Herzens, der Sinus Coronarius, in der hinteren Furche zwischen dem linken Vorhof und der linken Kammer verläuft. Genau diesem Verlauf des Sinus Coronarius folgt die hintere Krümmung des Mitralklappenrings in unmittelbarer Nachbarschaft zur Vene. Die Befestigung des hinteren Segels der Mitralklappe befindet sich entlang dem Sinus Coronarius und umfaßt ungefähr den halben Ringumfang. Durch ein in den Sinus Coronarius auf intravaskulärem und somit minimal-invasivem Wege einführbares Implantat ist es somit möglich, den hinteren Bogen des Ringes im Umfang zu verkürzen oder den Ring zu versteifen bzw. zu stabilisieren.

[0012] In der WO 01/00111 A1 sind dazu Implantate in verschiedenen Ausführungsformen beschrieben.

[0013] Eine erste Art des bekannten Implantates weist einen Körper auf, der als Gefäßstent ausgebildet ist, der in den Sinus Coronarius implantiert wird. Der Gefäßstent weist einen Durchmesser auf, der dem Durchmesser des Sinus Coronarius entspricht. Der Gefäßstent ist aus einem Drahtgeflecht ausgebildet. Nach dem Einführen des Gefäßstents in den Sinus Coronarius nimmt dieser aufgrund eines temperaturabhängigen Formgedächtnisses des für die Drähte verwendeten Materials einen Zustand mit einem verringerten Biegeradius ein. An der Ausgestaltung des Implantats als Gefäßstent ist jedoch nachteilig, daß ein in den Sinus Coronarius implantierteter Stent zu Gerinnung und Thrombosen führen kann und somit die Durchblutung des Herzmuskels verringert.

gern kann. Des weiteren können die Drähte des Gefäßstents, die an der Gefäßwand des Sinus Coronarius anliegen, zu Wanddurchbrüchen führen. Dadurch, daß die Radiusverringerung nur auf dem Formgedächtnis der verwendeten Drähte beruht, ist auch die Stabilisierungswirkung des bekannten Implantats zur Stabilisierung des Rings der Mitralklappe unter Umständen nicht ausreichend. Darüber hinaus kann der Übergang des Körpers von dem im wesentlichen langerstreckten Zustand in den zweiten Zustand mit geringerem Biegeradius, der nur auf den Materialeigenschaften der Drähte beruht, nicht hinreichend kontrolliert werden.

[0014] Eine zweite Art des bekannten Implantats besteht einfach aus einem Draht, der in den Sinus Coronarius eingeführt wird. Bei diesem Draht erfolgt der Übergang von dem ersten im wesentlichen langerstreckten Zustand in den zweiten Zustand mit verringertem Biegeradius ebenfalls aufgrund eines Formgedächtnisses des verwendeten Drahtmaterials, woraus wiederum die zuvor erwähnten Nachteile resultieren. Da der Übergang des Drahtes vom ersten in den zweiten Zustand auch temperaturbedingt ist, kann sich der Draht beim Einführen entlang des Gefäßsystems unerwünscht vorzeitig krümmen, wodurch ein weiteres Voranschieben des Drahtes unmöglich wird.

[0015] Bei einer dritten Art des bekannten Implantats besteht der Körper aus drei kurzen voneinander weit beabstandeten Stentabschnitten, die jeweils ein Geflecht aufweisen und untereinander durch Spannelemente in Form von Zugdrähten verbunden sind. Nach dem Einführen der drei Stentabschnitte in den Sinus Coronarius werden die Spannelemente durch Zug gespannt, wodurch der Abstand zwischen den drei Stentabschnitten etwas verringert wird und dabei der Mitralklappenring im Radius verkleinert wird. Hierbei besteht jedoch der Nachteil, dass die Spannelemente, die zwischen den Stentabschnitten freiliegen, sich beim Spannen geradestrecken und in die Gefäßwand des Sinus Coronarius einschneiden können.

[0016] Weiterhin offenbart das Dokument US 6,187,040 B1 einen Annuloplastiering, der im Innern seines Körpers Abschnitte aus schraubenförmig dicht gewickelten Federn oder federnde Drähte zur Aussteifung des Rings aufweist.

[0017] Ferner ist aus dem Dokument DE 689 04 887 T2 eine mehrteilige Ringprothese für die Annuloplastie bekannt, die als Körper einen im Wesentlichen rund geformten Ring aufweist, wobei der Ring so proportioniert ist, dass er um den Ring einer Herzklappe passt, wobei der Körper aus zwei oder mehr Segmenten gebildet ist, die jeweils einen anderen Ringabschnitt bilden, während um die Segmente eine elastische Abdeckung gepasst ist, und wobei die Segmente so angeordnet sind, dass ihre Enden unter Bildung des Rings nebeneinander liegen. Die Enden der Segmente sind nicht direkt miteinander verbunden, wobei die elastische Abdeckung die Segmente

in ihrer mit den Enden aneinanderstoßende Position hält, und wobei eine Halteeinrichtung vorgesehen ist, um die Abdeckung fest um die benachbarten Enden der Segmente zu halten.

Aufgabenstellung

[0018] Der Erfindung liegt die Aufgabe zugrunde, ein Implantat der eingangs genannten Art dahingehend weiterzubilden, dass die vorstehend genannten Nachteile vermieden werden, dass sich das Implantat leicht implantieren lässt, der Übergang vom ersten Zustand in den zweiten Zustand gut kontrollierbar ist und eine ausreichende Stabilisierung des Ringes der Herzklappe gewährleistet ist, ohne die Gefäßwand des Gefäßes, in das er implantiert ist, zu schädigen.

[0019] Erfindungsgemäß wird diese Aufgabe hinsichtlich des eingangs genannten Implantats dadurch gelöst, dass der Körper aus einer Mehrzahl von zu einer Kette aneinandergereihten Gliedern gebildet ist, die im ersten Zustand relativ zueinander beweglich sind, und dass das Spannelement im zweiten Zustand des Körpers die Glieder untereinander zu einem Bogen verspannt, wobei die Glieder im zweiten Zustand relativ zueinander im wesentlichen unbeweglich sind und auf einer Innenradiusseite des Bogens eine im wesentlichen durchgehende flächige Stützfläche bilden.

[0020] Das erfindungsgemäße Implantat weist demnach einen Körper auf, der aus einer Mehrzahl von zu einer Kette aneinandergereihten Gliedern gebildet ist, die bei entspanntem Spannelement relativ zueinander beweglich sind, so daß sich das Implantat im ersten Zustand des Körpers auf intravaskulärem Wege in das Gefäß bspw. den Sinus Coronarius einführen lässt. Sobald das Implantat im Gefäß an Ort und Stelle positioniert ist, wird das Spannelement gespannt, wodurch die Glieder zu einem Bogen verspannt werden und sich dabei mit einer im wesentlichen durchgehenden flächigen Stützfläche an die dem Ring der Herzklappe zugewandte Gefäßwand des Gefäßes flächig anlegen und den Ring der Herzklappe wirksam stützen. Ein Einschneiden oder Eindrücken in die Gefäßwand ist dabei ausgeschlossen, da sich eine der natürlichen Krümmung des Gefäßes folgende Krümmung des Bogens vorgeben lässt, ohne daß geradegestreckte Abschnitte entstehen. Im zweiten Zustand des Körpers bilden die untereinander verspannten Glieder einen Bogen, der je nach Ausgestaltung der Glieder und des Spannelementes steif oder starr sein kann, oder der Bogen kann auch eine gewisse Elastizität aufweisen. In diesem Sinne ist das Merkmal, wonach die Glieder im zweiten Zustand relativ zueinander "im wesentlichen unbeweglich" sind, so zu verstehen, daß die Glieder bei einem starren oder steifen Ring vollständig unbeweglich sind oder bei einem noch eine gewisse Flexibilität aufweisenden Bogen noch eine geringfügige Beweglichkeit relativ zueinander aufweisen oder selbst flexibel sind. Das erfindungsgemäße Implantat lässt sich

im ersten Zustand des Körpers auf intravaskulärem Wege leicht, bspw. mittels eines Katheters, einführen und an Ort und Stelle im Gefäß dann mittels des Spannelements kontrolliert spannen, bspw. mittels des zur Einführung verwendeten Katheters, wodurch sich die Glieder durch entsprechende Betätigung des Spannelements zu dem Bogen verspannen.

[0021] In einer bevorzugten Ausgestaltung ist das Spannlement an einer der Stützfläche abgewandten Fläche der Glieder angeordnet, so dass es sich im zweiten Zustand des Körpers radial außerhalb der Innenradiusseite befindet.

[0022] Hierbei ist von Vorteil, dass gewährleistet ist, dass sich das Spannlement beim Spannen nicht wie bei den aus dem Stand der Technik bekannten Implantaten geradestreckt und in die Gefäßwand einschneidet. Unter der Stützfläche "abgewandten Fläche" der Glieder ist nicht nur zu verstehen, dass das Spannlement bspw. auf der Rückseite der Glieder angeordnet ist, sondern das Spannlement kann auch bei einer hohlförmigen Ausgestaltung der Glieder in die Glieder integriert sein bzw. im Inneren der Glieder verlaufen.

[0023] In einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung sind jeweils benachbarte Glieder gelenkig miteinander verbunden.

[0024] Diese Maßnahme hat den Vorteil, dass die einzelnen Glieder bereits im ersten Zustand des Körpers miteinander verbunden sind, wodurch der Übergang in den zweiten Zustand in noch besser kontrollierbarer Weise durch Spannen des Spannlements erfolgen kann. Die gelenkige Verbindung jeweils benachbarter Glieder hat im ersten Zustand des Körpers den Vorteil, dass der aus den Gliedern gebildete Körper beim Einführen in das Gefäß auf intravaskulärem Wege die erforderliche Flexibilität besitzt, um sich jeweils an den Gefäßverlauf anpassen zu können.

[0025] Dabei ist in einer bevorzugten Ausgestaltung vorgesehen, dass die gelenkige Verbindung zwischen benachbarten Gliedern durch flexible Verbindungsabschnitte zwischen den Gliedern gebildet ist.

[0026] Diese Maßnahme hat den Vorteil, daß die gelenkige Verbindung in einer konstruktiv wenig aufwendigen Weise bewerkstelligt werden kann. Diese Verbindungsabschnitte können einstückig mit den einzelnen Gliedern ausgebildet sein, und können bspw. beim Fertigen der einzelnen Glieder aus einem einzigen Werkstück durch Stehenlassen von Materialbrücken zwischen den einzelnen Gliedern hergestellt werden.

[0027] In einer alternativen bevorzugten Ausgestaltung ist die gelenkige Verbindung zwischen benachbarten Gliedern durch Achsgelenke gebildet.

[0028] Diese Maßnahme stellt zwar eine aufwendigere Ausgestaltung der Verbindung der Glieder dar, hat jedoch den Vorteil, daß die gelenkige Verbindung zwischen den einzelnen Gliedern insgesamt sehr stabil ausgebildet werden kann. Bei dieser Ausgestaltung können einzeln hergestellte Glieder über die

Achsgelenke miteinander zu dem Körper des Implantats verbunden werden.

[0029] In einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung ist das Spannlement am distalen Glied festgelegt und mit dem proximalen Glied über einen Spannmechanismus verbunden, der ein kontinuierliches Spannen des Spannlements ermöglicht.

[0030] Durch diese Maßnahme kann der Übergang des Körpers des erfindungsgemäßen Implantats vom ersten Zustand in den zweiten Zustand noch besser kontrolliert werden, insbesondere kann der Biegeradius des Bogens im zweiten Zustand des Körpers durch das kontinuierliche Spannen des Spannlements sehr genau an den jeweiligen Einsatzort und von Patient zu Patient individuell eingestellt werden.

[0031] In einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung weist der Spannmechanismus ein am proximalen Glied angeordnetes Schraubgewinde auf, mit dem ein proximaler Abschnitt des Spannlements verschraubar in Eingriff steht.

[0032] Die Ausgestaltung des Spannmechanismus mit einem am proximalen Glied angeordneten Schraubgewinde ermöglicht bei entsprechend feiner Ausgestaltung des Schraubgewindes ein kontinuierliches Spannen des Spannlements mit einer sehr feinen Einstellmöglichkeit des zweiten Zustands des Körpers des Implantats. Zur Betätigung des Spannmechanismus wird vorzugsweise der Katheter verwendet, mit dem das Implantat intravaskulär an den Zielort eingeführt wurde, wobei ein derartiger Katheter dann mit einer entsprechenden Welle ausgestattet ist, die vom behandelnden Arzt außerhalb des Körpers betätigt werden kann, um das Spannlement zu spannen und den Körper in den zweiten Zustand zu überführen.

[0033] In einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung weisen die Glieder auf ihrer der Herzklappe zugewandten Seite eine Öse zum Durchführen des Spannlements auf.

[0034] Diese Maßnahme hat den Vorteil, daß das Spannlement an den Gliedern eine Führung erfährt. Bei dieser Ausgestaltung kann außerdem auf eine Verbindung der Glieder untereinander, wie in einer der vorhergehenden Ausgestaltungen vorzugsweise vorgesehen ist, verzichtet werden, wobei dann die Glieder an dem Spannlement vorzugsweise durch die Öse bzgl. einer Drehung um ihre Längsrichtung verdrehgesichert sein können.

[0035] In einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung ist an zumindest einem Glied auf Seiten der Stützfläche ein Verankerungshaken angeordnet.

[0036] Der Verankerungshaken dient dazu, sich in das vorhandene Gewebe des Herzklappenrings zu verkrallen, wodurch das erfindungsgemäße Implantat vorteilhafterweise im implantierten Zustand gegen ein Verrutschen oder Verschieben gesichert ist.

[0037] In einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung ist der Verankerungshaken über die Stützfläche hinaus ausfahrbar.

[0038] Diese Maßnahme hat den Vorteil, daß der

zumindest eine Verankerungshaken beim Einführen auf intravaskulärem Wege nicht das Einführen behindert, weil er in einer nicht störenden eingefahrenen Position angeordnet werden kann. Erst am Zielort wird dann der Verankerungshaken über die Stützfläche des Körpers hinaus ausgefahren, wodurch der weitere Vorteil darin besteht, daß sich der Verankerungshaken durch das Ausfahren sicher in das Gewebe des Ringes krallt.

[0039] In einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung ist der Verankerungshaken verschwenkbar, und ist das Spannelement zum Ausschwenken des Verankerungshakens mit diesem verbunden.

[0040] Diese Maßnahme hat nun den besonderen Vorteil, daß der zumindest eine Verankerungshaken beim Spannen des Spannelements selbsttätig über die Stützfläche des Gliedes, an dem er vorgesehen ist, ausgefahren wird. Das Ausfahren des zumindest einen Verankerungshakens erfolgt dabei zu Beginn des Spannens des Spannelements, wodurch zunächst eine Verankerung des Implantats am Zielort erfolgt, und durch weiteres Spannen des Spannelements wird der Körper dann in den zweiten Zustand überführt, indem der Körper zu dem Bogen verformt wird. Der weitere Vorteil dieser Maßnahme besteht darin, daß zum Ausfahren des Verankerungshakens und zum Überführen des Körpers vom ersten in den zweiten Zustand nur ein Betätigungsmechanismus, nämlich das vorhandene Spannelement, erforderlich ist.

[0041] In einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung ist der Verankerungshaken zumindest am distalen Glied angeordnet, und ist das Spannelement über den Verankerungshaken am distalen Glied festgelegt.

[0042] Diese Maßnahme hat entsprechend der zuvor erwähnten Ausgestaltung den Vorteil, daß das Spannelement auf diese Weise sowohl mit dem distalen Glied zum Überführen des Körpers vom ersten in den zweiten Zustand und auch mit dem zumindest einen Verankerungshaken zum Ausfahren desselben verbunden ist.

[0043] Es ist jedoch auch bevorzugt, wenn an mehreren Gliedern jeweils ein Verankerungshaken angeordnet ist.

[0044] Hierdurch wird nicht nur eine noch verbesserte Fixierung des Implantats im Sinus Coronarius erreicht, sondern es kann dann auch der Körper so aus den Gliedern gebildet sein, daß er im zweiten Zustand noch eine gewisse Flexibilität bzw. Elastizität aufweist, bspw. indem die einzelnen Glieder des Körpers noch eine gewisse Relativbeweglichkeit untereinander besitzen oder selbst flexibel sind.

[0045] In einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung weisen die Glieder zumindest auf ihrer die Stützfläche bildenden Außenseite eine Krümmung auf, so dass sich im zweiten Zustand des Körpers eine an den Implantationsort angepasste gekrümmte Stützfläche ergibt.

[0046] Diese Maßnahme hat den Vorteil, dass die

Glieder bereits mit einer entsprechenden Vorkrümmung ausgestattet sind, so dass die Stützfläche im zweiten Zustand des durch die Glieder gebildeten Körpers des Implantats eine der anatomischen Krümmung des zu stabilisierenden Ringes angepaßte Krümmung aufweist. Diese Ausgestaltung ist insbesondere dann vorteilhaft, wenn die einzelnen Glieder und dann auch vorzugsweise der Körper im zweiten Zustand biegesteif oder gar starr ausgebildet sind.

[0047] Es ist jedoch ebenso bevorzugt, wenn eine solche Krümmung den einzelnen Gliedern erst bei der Implantation verliehen wird, bspw. unter der Wirkung der Körpertemperatur, indem ein entsprechendes Material für die Glieder verwendet wird, bspw. Nitinol.

[0048] In einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung sind Stirnseiten der Glieder so ausgebildet, dass die Stirnseiten benachbarter Glieder im zweiten Zustand des Körpers bündig aneinanderliegen.

[0049] Hierbei ist von Vorteil, dass die Stirnseiten der Glieder im implantierten Zustand des Körpers für das durch das Gefäß durchströmende Blut kein Strömungshindernis darstellen und somit nicht zu Verwirbelungen des Blutes führen. Des weiteren ist die Stützfläche, die durch die der Herzklappe zugewandte Außenseite der Glieder im zweiten Zustand des Körpers gebildet wird, durchgehend glatt, wodurch die Gefäßwand des Sinus Coronarius durch das Implantat noch besser geschont wird.

[0050] In einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung sind die Glieder im wesentlichen biegesteif.

[0051] Hierbei ist von Vorteil, dass die Glieder im zu dem Bogen verspannten Zustand einen insgesamt biegesteifen oder sogar starren Teilring bilden können, der eine besonders gute Stabilisierung des dilatierten natürlichen Rings und damit der zu behandelnden Herzklappe gewährleistet.

[0052] In einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung weisen die Glieder eine sich über den gesamten Querschnittsumfang erstreckende Außenwand auf.

[0053] Diese Maßnahme hat den Vorteil, dass sie es ermöglicht, wie in einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung vorgesehen ist, das Spannelement im Inneren der dann als Hohlkörper ausgestalteten Glieder anzuordnen.

[0054] Es versteht sich, dass die Querschnittsform nicht auf eine kreisförmige Ausgestaltung beschränkt ist, sondern es können auch andere Querschnittsformen bevorzugt sein, bspw. halbmondförmige oder halbkreisförmige Querschnitte, die den weiteren Vorteil haben, dass das Implantat im Gefäß einen geringeren Querschnitt des Gefäßes belegt und einen ausreichenden Blutdurchgang durch den Sinus Coronarius gewährleistet.

[0055] In einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung ist die Außenwand der Glieder zumindest teilweise durchbrochen.

[0056] Durch diese Maßnahme kann die Oberfläche des Implantats noch weiter verringert werden, wo-

durch die Gefahr einer Thrombusbildung oder die Gefahr von Koagulationen noch vermindert werden kann.

[0057] Ebenso bevorzugt ist es, wenn die Glieder eine sich nur über einen Querschnittsumfang erstreckende Außenwand aufweisen.

[0058] Bei dieser im Querschnitt offenen Ausgestaltung der einzelnen Glieder kann zwar das Spannelement nicht vollständig von den Gliedern umschlossen werden, jedoch hat diese Maßnahme den Vorteil, dass die Querschnittsbelebung des Gefäßes durch das Implantat sehr gering gehalten werden kann, so dass der Blutdurchgang durch den Sinus Coronarius möglichst wenig beeinträchtigt wird.

[0059] In einer weiteren bevorzugten Ausgestaltung ist eine Oberfläche der Glieder gegenüber biologischem Gewebe oder Blut antiadhäsiv bzw. biokompatibel.

[0060] Diese Maßnahme hat den Vorteil, dass das erfundungsgemäße Implantat als solches biokompatibel ist und die Gefahr einer Thrombusbildung vermieden werden kann. Die einzelnen Glieder können bspw. mit einem entsprechenden Material beschichtet sein, oder die Glieder können aus einem entsprechenden Material gefertigt sein, oder der Körper des Implantats kann mit einem entsprechenden flexiblen dünnen Schlauch, der die einzelnen Glieder abdeckt, überzogen sein.

[0061] Weitere Vorteile und Merkmale ergeben sich aus der nachfolgenden Beschreibung und der beigefügten Zeichnung.

Ausführungsbeispiel

[0062] Ausführungsbeispiele der Erfindung sind in der Zeichnung dargestellt und werden mit Bezug auf diese hiernach näher beschrieben. Es zeigen:

[0063] **Fig. 1** ein Implantat zur Behandlung einer Insuffizienz einer Herzklappe in einem ersten Zustand;

[0064] **Fig. 2** das Implantat in **Fig. 1** in einem zweiten Zustand;

[0065] **Fig. 3** einen Querschnitt durch das Implantat in **Fig. 1** entlang der Linie III-III in **Fig. 1**;

[0066] **Fig. 4** eine ausschnittsweise Darstellung des Implantats in **Fig. 1** in einer Ansicht von hinten;

[0067] **Fig. 5** ein distales Ende des Implantats in **Fig. 1** und 2 im vergrößerten Maßstab und teilweise im Längsschnitt;

[0068] **Fig. 6** das Implantat in **Fig. 1** zusammen mit einem äußerst schematisch dargestellten Hilfsinstrument;

[0069] **Fig. 7** ein proximales Ende des Implantats in **Fig. 1** in vergrößertem Maßstab im Längsschnitt;

[0070] **Fig. 8** das Implantat in **Fig. 1** im implantierten Zustand, wobei eine Herzklappe äußerst schematisch dargestellt ist;

[0071] **Fig. 9** und **Fig. 10** weitere Ausführungsbeispiele für Geometrien von Gliedern für ein Implantat im Querschnitt.

[0072] In **Fig. 1, 2, 6** und **8** ist ein mit dem allgemei-

nen Bezugszeichen **10** versehenes Implantat zur Behandlung einer Insuffizienz einer Herzklappe, im vorliegenden Fall zur Behandlung einer Insuffizienz der Mitralklappe, dargestellt. Das Implantat **10** dient zur Stabilisierung des an der Mitralklappe vorhandenen natürlichen Rings bei einer pathologischen Dilatation oder Erschlaffung des Rings.

[0073] Das Implantat **10** weist allgemein einen Körper **12** auf, der ein distales Ende **14** und ein proximales Ende **16** aufweist.

[0074] In **Fig. 1** und **6** ist der Körper **12** in einem ersten Zustand dargestellt, in dem er im wesentlichen langerstreckt und im wesentlichen flexibel ist, so daß er in diesem ersten Zustand auf intravaskulärem Wege mittels eines Katheters an seinen Implantationsort entlang von Arterien oder Venen vorgeschnitten werden und sich dabei dem auch gekrümmten Verlauf dieser Gefäße leicht anpassen kann.

[0075] In **Fig. 2** und **8** ist der Körper **12** in einem zweiten Zustand dargestellt, in dem er eine gekrümmte Form mit einem verringerten Biegeradius einnimmt. In diesem Zustand ist das Implantat **10** in der Lage, seine stabilisierende Funktion für den natürlichen Ring der zu behandelnden Herzklappe zu übernehmen.

[0076] Der Körper **12** ist aus einer Mehrzahl von zu einer Kette aneinandergereihten Gliedern **18** gebildet. In dem gezeigten Ausführungsbeispiel ist der Körper **12** insgesamt aus elf derartigen Gliedern **18** gebildet, wobei ein distales Glied **20** das distale Ende **14** des Körpers **12** und ein proximales Glied **22** das proximale Ende **16** des Körpers **12** bildet.

[0077] In dem in **Fig. 1** und **6** dargestellten ersten Zustand des Körpers **12** sind die Glieder **18** relativ zueinander beweglich. Die relative Beweglichkeit ist bei dem dargestellten Ausführungsbeispiel dadurch realisiert, daß jeweils benachbarte der Glieder **18** gelenkig miteinander verbunden sind. Dadurch sind die Glieder **18** in einer Richtung quer zur Längsrichtung des Körpers **12** beweglich, in Längsrichtung des Körpers **12** jedoch im wesentlichen unbeweglich zueinander.

[0078] Die gelenkige Verbindung jeweils benachbarter der Glieder **18** ist durch flexible Verbindungsabschnitte **24** zwischen den Gliedern **18** gebildet. Die Verbindungsabschnitte **24** sind bezüglich der Längsmittelachse des Körpers **12** exzentrisch zu dieser angeordnet.

[0079] Anstelle durch flexible Verbindungsabschnitte können die einzelnen Glieder **18** des Körpers **12** jedoch auch durch Achsgelenke gelenkig miteinander verbunden sein.

[0080] Die gelenkige Verbindung der einzelnen Glieder **18** erfolgt auf einer Seite des Körpers **12**, die im zweiten Zustand des Körpers **12** gemäß **Fig. 2** eine Außenradiusseite **26** bildet, während die Glieder **18** auf einer der Außenradiusseite **26** gegenüber liegenden Innenradiusseite **28** nicht miteinander verbunden sind.

[0081] Die Glieder **18** weisen im Querschnitt (vgl.

Fig. 3) eine sich vollumfänglich erstreckende Außenwand **30** auf, d.h. die einzelnen Glieder **18** sind in Form kleiner Röhren ausgebildet. Jedes Glied **18** stellt somit einen Hohlkörper mit einer sich vollumfänglich erstreckenden Wand **30** auf. An Stirnseiten **32** und **34** ist jedes Glied **18** in Längsrichtung offen. [0082] Die Stirnseiten **32** und **34** der Glieder **18** sind dabei so ausgebildet, dass die Stirnseiten **32** und **34** benachbarter der Glieder **18** im zweiten Zustand des Körpers **12** bündig aneinanderliegen, wie in **Fig. 2** und **8** dargestellt ist. Bei der Ausgestaltung der einzelnen Glieder **18** als Röhren nimmt der Körper **12** somit die Form eines entlang seiner Längsrichtung im wesentlichen durchgehend geschlossenen Teilringes ein.

[0083] Zur Herstellung des Körpers **12** kann dieser bspw. aus einem teilringförmig gemäß **Fig. 2** geformten Rohr durch partielles Einschneiden der Rohrwand von der Innenradiusseite **28** her quer zur Längsmittelachse des Rohres hergestellt werden, wobei die flexiblen Verbindungsabschnitte **24** beim Einschneiden stehen bleiben. Durch Strecken des so eingeschnittenen Rohres wird dann die Konfiguration des Körpers **12** gemäß **Fig. 1** erhalten.

[0084] Im in **Fig. 2** und **8** dargestellten zweiten Zustand des Körpers **12** bilden die Glieder **18** auf der Innenradiusseite **28** eine im wesentlichen durchgehende flächige Stützfläche, die im implantierten Zustand des Implantats **10** der zu behandelnden Herzklappe zugewandt ist.

[0085] Um den Körper **12** von dem ersten, in **Fig. 1** und **6** dargestellten Zustand in den zweiten, in **Fig. 2** und **8** dargestellten Zustand zu überführen, ist ein flexibles Spannelement **36** vorgesehen, das sich längs des Körpers **12** erstreckt. Das Spannelement **36** ist bspw. ein dünner Draht, der bspw. aus Stahl, Nitinol oder anderen geeigneten Materialien bestehen kann. [0086] Das Spannelement **36** erstreckt sich vom proximalen Ende **16** bis zum distalen Ende **14** des Körpers **12**. Das Spannelement **36** ist dabei auf der die Stützfläche bildenden Innenradiusseite **28** abgewandten Seite der Glieder **18** angeordnet, und verläuft durch das Innere der Glieder **18**.

[0087] Das Spannelement **36** ist am distalen Glied **20** festgelegt und mit dem proximalen Glied **22** über einen Spannmechanismus **38** verbunden, der nachfolgend mit Bezug auf **Fig. 7** näher beschrieben wird.

[0088] Am proximalen Ende des Spannlements **36** ist ein Element **40** mit einem Außengewinde angeordnet, das mit einer Schraubhülse **42** mit Innengewinde in Gewindegangsteck steht. Die Schraubhülse **42** ihrerseits ist relativ zu dem proximalen Glied **22** drehbar, jedoch axial unverschiebbar, wozu mit dem proximalen Glied **22** eine Hülse **44** fest verbunden ist, in die ein radialer Vorsprung **46** der Schraubhülse **42** eingreift.

[0089] Am äußersten proximalen Ende der Schraubhülse **42** ist ein Schlitz **48** ausgespart, in den ein entsprechendes Hilfsinstrument **52** einsetzbar ist, das an seinem distalen Ende einen entsprechenden

Vorsprung **50** aufweist, wie in **Fig. 6** dargestellt ist. [0090] Durch Drehen der Schraubhülse **42** um eine Längsachse **54** wird das mit der Schraubhülse **42** in Gewindegangsteck stehende Spannelement **36** in Richtung eines Pfeiles **56** nach proximal gezogen. Da das Spannelement **36** am distalen Glied **20** festgelegt ist, werden die Glieder **18** entsprechend untereinander zu einem Bogen gemäß **Fig. 2** bzw. gemäß **Fig. 8** verspannt. In dem zu dem Bogen verspannten Zustand sind die Glieder **18** dann relativ zueinander im wesentlichen unbeweglich durch das Spannelement **36** aneinander gehalten.

[0091] Der Spannmechanismus **38** ermöglicht ein kontinuierliches Spannen des Spannlements **36**.

[0092] Während der Körper **12** in **Fig. 2** und **8** im maximal verspannten Zustand dargestellt ist, in dem die Stirnflächen **32** und **34** benachbarter der Glieder **18** vollständig aufeinander liegen, ist es ebenso möglich, den Körper **12** auch nur teilweise zu verspannen, wodurch der Körper **12** einen Bogen bilden kann, der einen gegenüber **Fig. 2** und **8** größeren Biegeradius aufweist.

[0093] Des weiteren ist an zumindest einem der Glieder **18** auf der Innenradiusseite **28** des Körpers **12** ein Verankerungshaken angeordnet, wobei gemäß **Fig. 2** fünf derartige Verankerungshaken **58** vorgesehen sind. Die Verankerungshaken **58** sind über die die Stützseite bildende Innenradiusseite **28** des Körpers **12** hinaus ausfahrbar, wobei das Ausfahren der Verankerungshaken **58** beim Spannen des Spannlements **36** erfolgt, wie am Beispiel eines Verankerungshakens **60**, der am distalen Glied **20** angeordnet ist, mit Bezug auf **Fig. 5** näher beschrieben wird.

[0094] Das Spannlement **36** ist an dem distalen Glied **20** über den Verankerungshaken **60** festgelegt. Der Verankerungshaken **60** ist über eine Schwenkachse **62** verschwenkbar am distalen Glied **20** gelagert. Beim Spannen des Spannlements **36** durch Drehen der Schraubhülse **42** wird zunächst der Verankerungshaken **60** aus der in das distale Glied **20** eingeschwenkten Stellung, die in **Fig. 5** dargestellt ist, aus dem distalen Glied **20** ausgefahren bzw. herausgeschwenkt. Ein Anschlag **64** begrenzt die maximale Verschwenkung des Verankerungshakens **60**. Sobald der Verankerungshaken **60** am Anschlag **64** anliegt, wird durch weiteres Spannen des Spannlements **36** dann der Körper **12** in den zweiten Zustand überführt, in dem er die Bogenform gemäß **Fig. 2** bzw. **8** einnimmt.

[0095] Wie aus **Fig. 1** hervorgeht, weisen die Glieder **18** auf ihrer die Stützfläche bzw. Innenradiusseite **28** bildenden Außenseite bereits eine Krümmung auf, die dem Biegeradius des Körpers **12** im in **Fig. 2** dargestellten Zustand entspricht. Wenn die Glieder **18** zusätzlich noch im wesentlichen biegesteif oder gar starr ausgebildet sind, bildet der Körper **12** im in **Fig. 2** dargestellten zweiten Zustand einen im wesentlichen biegesteifen oder gar starren Bogen oder Teilring.

[0096] Die Oberfläche der Glieder **18** ist gegenüber

biologischem Gewebe oder Blut anti-adhäsiv bzw. biokompatibel, was durch eine entsprechende Beschichtung oder durch einen flexiblen schlauchförmigen Überzug realisiert werden kann. Die Glieder **18** können jedoch auch insgesamt aus einem biokompatiblen Material gefertigt sein. Die Glieder **18** können auch aus Metall gefertigt sein und mit einer entsprechenden Beschichtung oder einem Schlauchüberzug versehen werden.

[0097] Des weiteren kann die Wand **30** der Glieder **18** mit durchgehenden Perforationen versehen sein, um dadurch die Oberfläche zusätzlich zu verringern.

[0098] In **Fig. 8** ist das Implantat **10** in einer schematischen Darstellung im implantierten Zustand dargestellt.

[0099] Mit dem Bezugszeichen **70** ist dort die Mitralklappe dargestellt, die ein hinteres Segel **72** und ein vorderes Segel **74** aufweist. Die Darstellung in **Fig. 8** entspricht einer Draufsicht auf die Mitralklappe **70**. Die Mitralklappe ist am Herzen zwischen dem linken Vorhof und der linken Kammer angeordnet. Dabei ist die Mitralklappe **70** über einen natürlichen Ring **76** festgelegt. Der Ring **76** kann pathologisch erweitert (dilatiert) oder erschlafft sein, so daß die Mitralklappe **70** bei den Pumpbewegungen des Herzens nicht mehr dicht schließt.

[0100] Das Implantat **10** dient nun dazu, die Schließwirkung der Mitralklappe **70** dadurch wieder herzustellen, daß das Implantat **10** den natürlichen Ring **76** ausreichend stützt bzw. verstärkt oder im Radius verkleinert.

[0101] Dazu wird das Implantat **10** in den den Ring **76** umgebenden Sinus Coronarius **78** implantiert, der die Hauptvene des Herzmuskels darstellt und dem Ring **76** unmittelbar benachbart ist.

[0102] Das Implantat **10** wird im ersten Zustand des Körpers gemäß **Fig. 1** bzw. **6** über ein Kathetersystem in den Sinus Coronarius eingeführt, wobei bspw. als Zugang die Vena Femoralis dient. Die Vena Femoralis wird auch bei Herzuntersuchungen mittels eines Swan-Ganz-Katheters benutzt. Mittels eines Führungskatheters kann das Implantat **10** dann unter Röntgendifurchleuchtung in den Sinus Coronarius **78** plaziert werden. Das Implantat **10** ist dabei auf einem Hilfskatheter befestigt, der einen inneren Kanal aufweist und mit einer drehbaren Welle versehen ist, wie bspw. in **Fig. 6** für das Hilfsinstrument **52** mit dem Bezugszeichen **80** dargestellt ist. Der Vorsprung **50** des Hilfsinstruments **52** gemäß **Fig. 6** greift dabei in den Schlitz **48** der Schraubhülse **42** ein. Durch Drehen der Welle **80** wird dann die Schraubhülse **42** in Drehung versetzt, wodurch das Spannelement **36** nach proximal entsprechend der Richtung des Pfeiles **56** in **Fig. 6** gezogen wird. Dabei wird zunächst der zumindest eine Verankerungshaken **60** und ggf. werden auch die Verankerungshaken **58** ausgefahren, die sich dann in das Gewebe des Ringes **76** krallen. Durch weiteres Drehen der Welle **80** wird dann das Spannelement **36** weiter nach proximal gezogen, wodurch der Körper **12** von dem ersten Zustand in den

zweiten Zustand gemäß **Fig. 2** bzw. **Fig. 8** übergeht, in der die Glieder **18** den Bogen bzw. Teilring bilden, der mit der die Stützfläche bildenden Innenradiusseite **28** an der dem Ring **76** benachbarten Gefäßwand des Sinus Coronarius **78** anliegt und dadurch den Ring **76** stützt.

[0103] Der durch die Glieder **18** gebildete Bogen erstreckt sich dabei über einen Kreiswinkel von vorzugsweise über 180°, wodurch das Implantat **10** den Ring **76** weitestmöglich umgreift und zusätzlich eine Lagestabilisierung erfährt.

[0104] Wenn die Glieder **18** vollständig untereinander verspannt sind, löst sich das Hilfsinstrument **52** von der Schraubhülse **42** und kann dann mit dem Hilfskatheter aus dem Körper gezogen werden. Anstelle eines Spannmechanismus mit Schraubgewinde kann auch ein anderer Spannmechanismus verwendet werden, bspw. ein Bajonettsmechanismus.

[0105] Die Querschnittsabmessung des Implantats **10** sollte möglichst gering sein, damit für den Durchgang vom Blut ein möglichst großes Lumen des Sinus Coronarius **78** frei bleibt.

[0106] In **Fig. 9** und **10** sind Beispiele für andere Querschnittsformen der Glieder **18** dargestellt. Die in **Fig. 9** und **10** dargestellte Querschnittsform ist etwa halbmondförmig, wobei das Spannelement **36** dann nicht von den Gliedern **18** umgeben ist, sondern frei liegt. Bei dem in **Fig. 9** und **10** dargestellten Ausführungsbeispiel erstreckt sich die Wand **30** der Glieder **18** somit im Querschnitt nur teilmäßiglich.

[0107] Die Glieder **18** können dann im Fall einer geilenigen Verbindung untereinander flexible Verbindungsabschnitte an ihren Querschnittsenden **82** und **84** aufweisen.

[0108] Gemäß **Fig. 10** kann ebenfalls vorgesehen sein, daß das Spannelement **36** bei dieser "offenen" Bauweise der Glieder **18** an den einzelnen Gliedern **18** durch Ösen **86** gefädelt ist, wobei in diesem Fall auch auf eine Verbindung der Glieder **18** untereinander verzichtet werden kann.

Patentansprüche

1. Implantat zur Behandlung einer Insuffizienz einer Herzklappe, insbesondere der Mitralklappe (**70**), mit einem länglichen Körper (**12**), der aus einem ersten im wesentlichen langerstreckten und im wesentlichen flexiblen Zustand in einen zweiten Zustand mit verringertem Biegeradius überführbar ist, und mit einem sich längs des Körpers (**12**) erstreckenden flexiblen Spannelement (**36**) zum Überführen des Körpers (**12**) vom ersten in den zweiten Zustand, dadurch gekennzeichnet, dass der Körper (**12**) aus einer Mehrzahl von zu einer Kette aneinandergereihten Gliedern (**18, 20, 22**) gebildet ist, die im ersten Zustand relativ zueinander beweglich sind, und dass das Spannelement (**36**) im zweiten Zustand des Körpers (**12**) die Glieder (**18, 20, 22**) untereinander zu einem Bogen verspannt, wobei die Glieder (**18, 20, 22**)

im zweiten Zustand relativ zueinander im wesentlichen unbeweglich sind und auf einer Innenradiusseite (28) des Bogens eine im wesentlichen durchgehende flächige Stützfläche bilden.

2. Implantat nach Anspruch 1, dadurch gekennzeichnet, dass das Spannelement (36) an einer der Stützfläche abgewandten Fläche der Glieder (18, 20, 22) angeordnet ist, so dass es sich im zweiten Zustand des Körpers (12) radial außerhalb der Innenradiusseite (28) befindet.

3. Implantat nach Anspruch 1 oder 2, dadurch gekennzeichnet, dass jeweils benachbarte Glieder (18, 20, 22) gelenkig miteinander verbunden sind.

4. Implantat nach Anspruch 3, dadurch gekennzeichnet, dass die gelenkige Verbindung zwischen benachbarten Gliedern (18, 20, 22) durch flexible Verbindungsabschnitte (24) zwischen den Gliedern (18, 20, 22) gebildet ist.

5. Implantat nach Anspruch 3, dadurch gekennzeichnet, dass die gelenkige Verbindung zwischen benachbarten Gliedern durch Achsgelenke gebildet ist.

6. Implantat nach einem der Ansprüche 1 bis 5, dadurch gekennzeichnet, dass das Spannelement (36) an einem distalen Glied (20) festgelegt und mit einem proximalen Glied (22) über einen Spannmechanismus (38) verbunden ist, der ein kontinuierliches Spannen des Spannlements (36) ermöglicht.

7. Implantat nach Anspruch 6, dadurch gekennzeichnet, dass der Spannmechanismus ein am proximalen Glied (22) angeordnetes Schraubgewinde aufweist, mit dem ein proximaler Abschnitt des Spannlements (36) verschraubbar in Eingriff steht.

8. Implantat nach einem der Ansprüche 1 bis 7, dadurch gekennzeichnet, dass die Glieder (18) eine Öse zum Durchführen des Spannlements aufweisen.

9. Implantat nach einem der Ansprüche 1 bis 8, dadurch gekennzeichnet, dass an zumindest einem Glied (18, 20, 22) auf Seiten der Stützfläche ein Verankerungshaken (58, 60) angeordnet ist.

10. Implantat nach Anspruch 9, dadurch gekennzeichnet, dass der Verankerungshaken (58, 60) über die Stützfläche hinaus ausfahrbar ist.

11. Implantat nach Anspruch 10, dadurch gekennzeichnet, dass der Verankerungshaken (58, 60) verschwenkbar ist und das Spannelement (36) zum Ausschwenken des Verankerungshakens (58, 60) mit diesem verbunden ist.

12. Implantat nach Anspruch 11, dadurch gekennzeichnet, dass der Verankerungshaken (60) zumindest am distalen Glied (20) angeordnet ist, und dass das Spannelement (36) über den Verankerungshaken (60) am distalen Glied (20) festgelegt ist.

13. Implantat nach einem der Ansprüche 9 bis 12, dadurch gekennzeichnet, dass an mehreren Gliedern (18, 20, 22) jeweils ein Verankerungshaken (58, 60) angeordnet ist.

14. Implantat nach einem der Ansprüche 1 bis 13, dadurch gekennzeichnet, dass die Glieder (18, 20, 22) zumindest auf ihrer die Stützfläche bildenden Außenseite eine Krümmung aufweisen, so dass sich im zweiten Zustand des Körpers (12) eine an den Implantationsort angepasste gekrümmte Stützfläche ergibt.

15. Implantat nach einem der Ansprüche 1 bis 14, dadurch gekennzeichnet, dass Stirnseiten (32, 34) der Glieder (18, 20, 22) so ausgebildet sind, dass die Stirnseiten (32, 34) benachbarter Glieder (18, 20, 22) im zweiten Zustand des Körpers (12) bündig aneinanderliegen.

16. Implantat nach einem der Ansprüche 1 bis 15, dadurch gekennzeichnet, dass die Glieder (18, 20, 22) im wesentlichen biegesteif sind.

17. Implantat nach einem der Ansprüche 1 bis 16, dadurch gekennzeichnet, dass die Glieder (18, 20, 22) eine sich über den gesamten Querschnittsumfang erstreckende Außenwand (30) aufweisen.

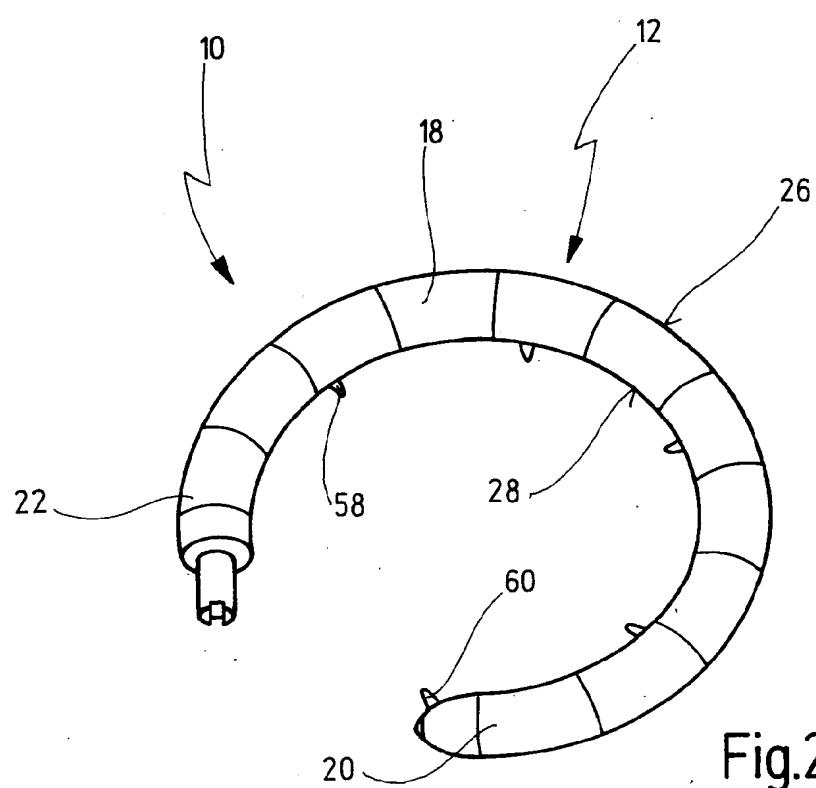
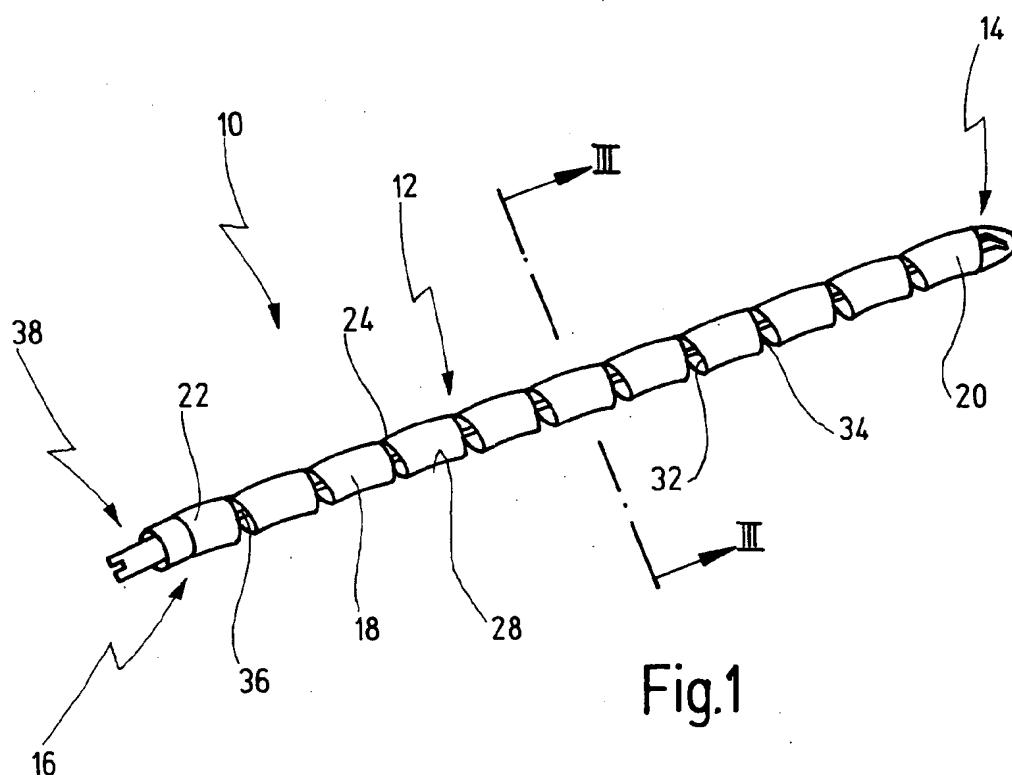
18. Implantat nach Anspruch 17, dadurch gekennzeichnet, dass die Glieder (18, 20, 22) stirnseitig offen sind und das Spannelement (36) durch das Innere der Glieder (18, 20, 22) verläuft.

19. Implantat nach Anspruch 17 oder 18, dadurch gekennzeichnet, dass die Außenwand (30) der Glieder (18, 20, 22) zumindest teilweise durchbrochen ist.

20. Implantat nach einem der Ansprüche 1 bis 16, dadurch gekennzeichnet, dass die Glieder (18, 20, 22) eine sich nur über einen Querschnittsteilumfang erstreckende Außenwand (30) aufweisen.

21. Implantat nach einem der Ansprüche 1 bis 20, dadurch gekennzeichnet, dass eine Oberfläche der Glieder (18, 20, 22) gegenüber biologischem Gewebe oder Blut anti-adhäsiv bzw. biokompatibel ist.

Es folgen 4 Blatt Zeichnungen



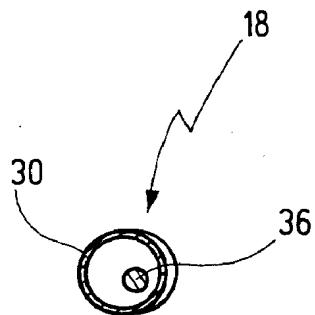


Fig.3

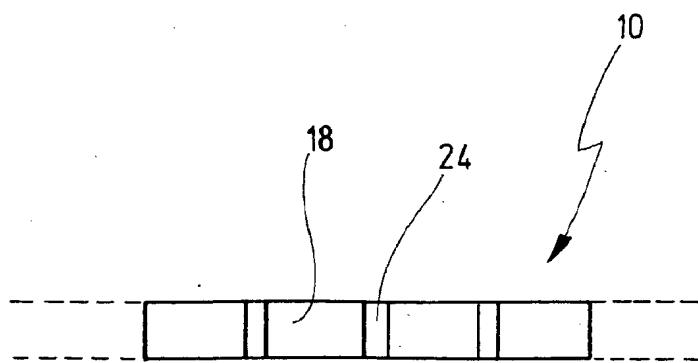


Fig.4

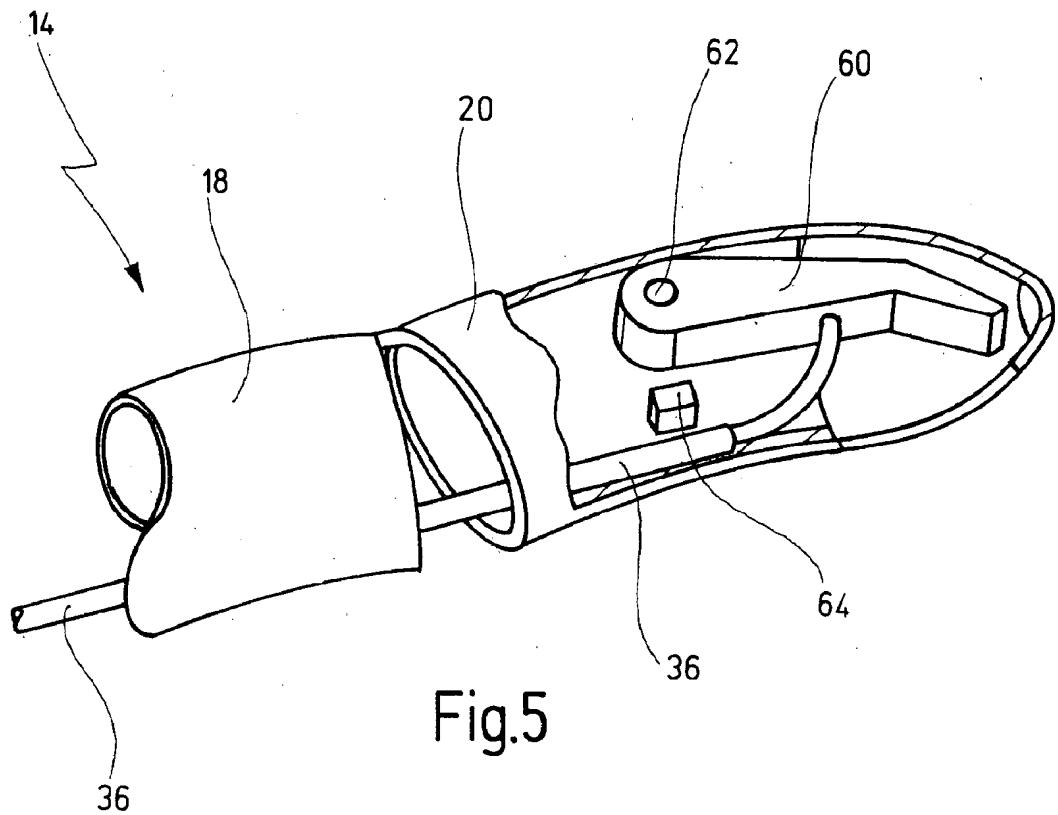


Fig.5

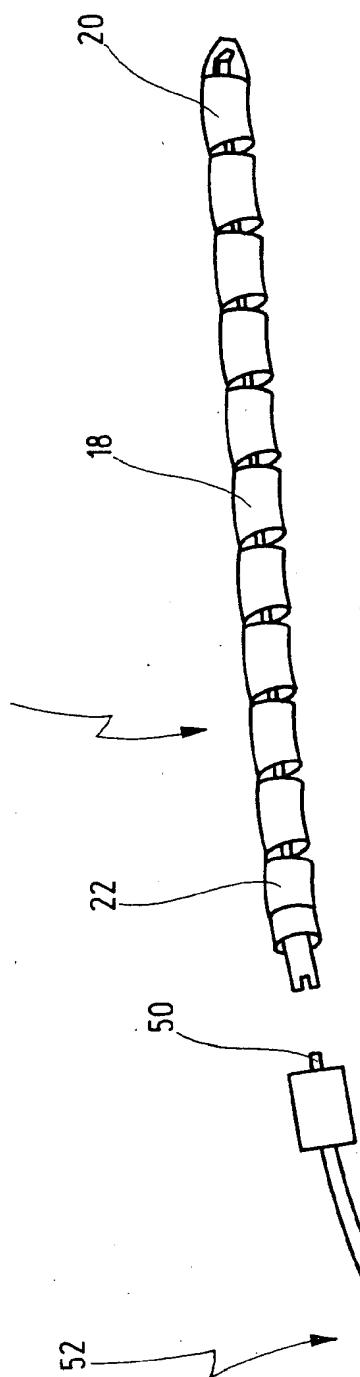


Fig.6

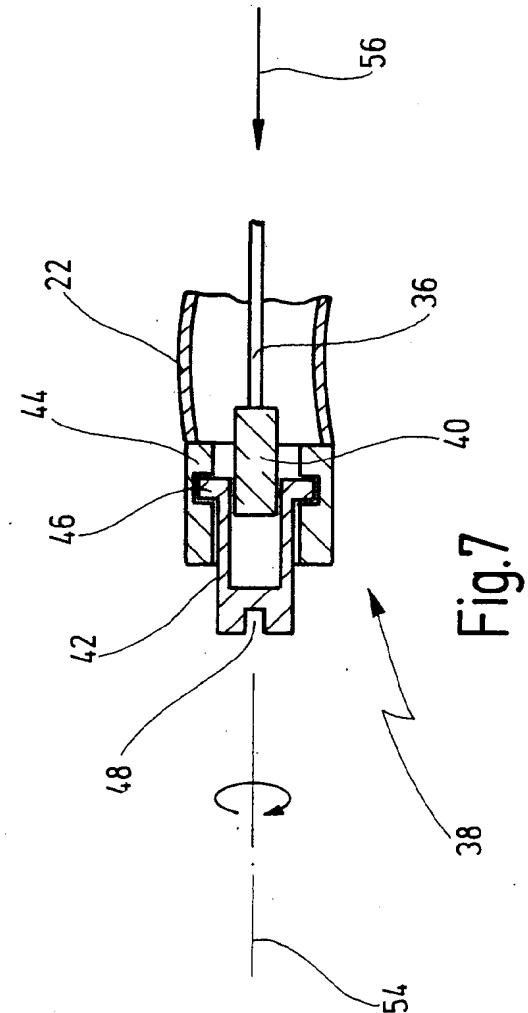


Fig.7

